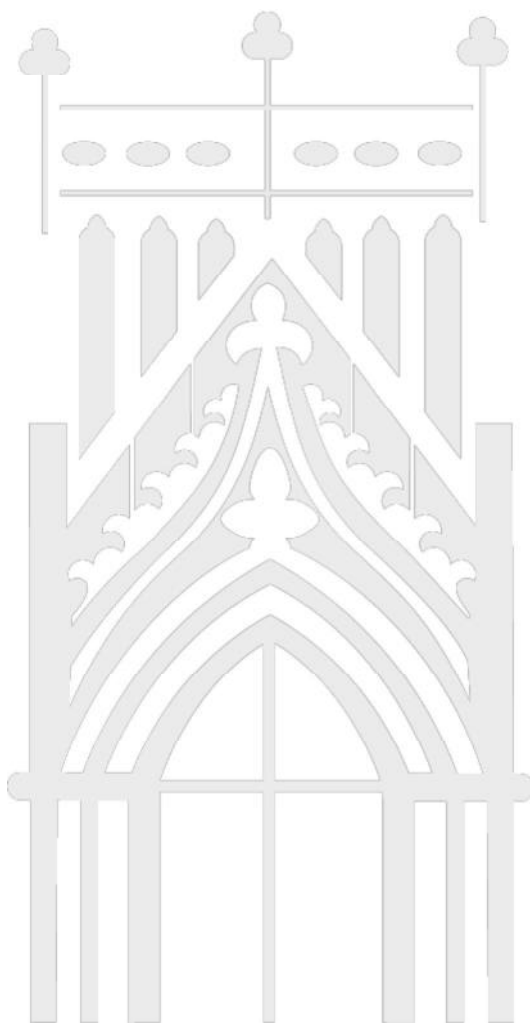


## Mestrado em Enfermagem Comunitária

Dificuldades do Cuidador Informal do Idoso  
Dependente

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves

maio | 2019



Escola Superior  
de Saúde



**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA GUARDA**

**Mestrado em Enfermagem Comunitária**

**Dificuldades do Cuidador Informal do Idoso  
Dependente**

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves

Guarda

Maio, 2019





**Escola Superior de Saúde**  
Instituto Politécnico da Guarda

# **Dificuldades do Cuidador Informal do Idoso Dependente**

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária**

**Autor:**

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves

**Orientador:**

Professora Doutora Isabel Fernandes

**Coorientador:**

Professora Doutora Agostinha Corte

Guarda

Maio, 2019



## **LISTA DE SIGLAS**

ABVD - atividades básicas de vida diária

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CI - Cuidador Informal

CI's - Cuidadores Informais

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ECCEI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

HTA – Hipertensão arterial

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*



## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

% - Percentagem

$\bar{x}$  - Média

cit. - Citado

et al. - E outros

md - Mediana

n.º - Número

$r_s$  - Coeficiente de correlação de Spearman

s - Desvio padrão

$x_{\max}$  – Valor Máximo

$x_{\min}$  – Valor Mínimo

$\alpha$  - Alpha Cronbach's





## AGRADECIMENTOS

A concretização do presente estudo constitui uma mais-valia para a importância que a investigação assume na área da saúde, juntamente com o contributo de todos os que me apoiaram neste percurso académico.

Agradeço desde já, à minha Orientadora Professora Doutora Isabel Fernandes e Coorientadora Professora Doutora Agostinha Corte, pela atenção, carinho, apoio e palavras de incentivo constantes ao longo deste caminho de aprendizagem contínua.

À minha família, especialmente, ao meu filho e à minha filha, ao meu marido, pelo amor deles, pelas ausências que suportaram e me terem conseguido animar e apoiar.

Às minhas amigas, Cláudia, Tânia e Judite, companheiras de vida, que nunca me deixaram desistir... e me ergueram nos momentos mais difíceis, fazendo com que chegasse à meta e com sucesso.

À equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade, onde este estudo se desenvolveu, pela sua disponibilidade e partilhas de experiência.

Ao meu colega Roberto pelo seu apoio e todo o tempo que despendeu em, tão prontamente, esclarecer as minhas dúvidas.

À equipa do meu serviço pelo apoio que me proporcionaram.

Aos cuidadores informais que partilharam as suas experiências, pela sua disponibilidade e aos idosos que comigo partilharam as suas histórias.

Aos colegas do Mestrado, com quem convivi durante este período de muito trabalho, partilha e companheirismo.

A todas as outras pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte desta caminhada.



## RESUMO

**Introdução:** O envelhecimento populacional gera desafios significativos a enfrentar pelas políticas públicas de saúde. Neste sentido, o aumento da esperança média de vida, associado ao aparecimento de patologias crónicas e situações de dependência, fazem com que a família assuma um papel preponderante na prestação de cuidados ao idoso dependente. Os familiares do idoso dependente são quem adota, na maioria das vezes, o papel de cuidador informal (CI), assegurando a prestação de cuidados imprescindíveis à preservação da sua qualidade de vida. Esta realidade acarreta uma série de exigências que permitem a permanência do idoso no seu domicílio, no entanto, é possível que surjam dificuldades ao nível físico, psicológico, emocional, social e financeiro, que podem vir a afetar o seu bem-estar.

**Objetivo:** Caracterizar as dificuldades dos CI's de idosos dependentes referenciados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

**Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, descritivo, transversal e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 35 cuidadores informais de idosos dependentes, que usufruem de cuidados de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados. A colheita de dados fez-se através do preenchimento de um questionário, constituído por questões sociodemográficas, pelo Índice de Barthel (versão portuguesa de Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007) e pelo Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), traduzido e validado para a população portuguesa por Barreto e Brito (Brito, 2002). Os dados colhidos do conjunto de questionários foram introduzidos numa folha de cálculo Microsoft Excel (Office 2013) e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0., 2016.

**Resultados:** Os cuidadores informais são, na maioria, do sexo feminino (77,1%), com idades compreendidas entre 34-86 anos, apresentando uma média de idades de 65,03 anos e estado civil de casados/união de facto (77,1%), tendo completado o 1º ciclo do ensino básico (62,9%) e encontrando-se reformados a usufruir de rendimentos mensais, entre 531 a 1060 euros para o agregado familiar. A maioria dos idosos dependentes (60,0%) é do sexo masculino, com uma média de idades de 79,69 anos. A principal patologia apresentada pelos idosos dependentes foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (54,3%), sendo considerada a base da necessidade da prestação de cuidados por um cuidador informal, verificando-se que a maioria dos idosos (80%) apresenta níveis de dependência total. Em termos da caracterização do contexto da prestação de cuidados, verifica-se que grande parte dos CI's (60%) representa o cônjuge ou companheiro (a), coabitando quase todos (91,4%) com o idoso. Todos os CI's prestam cuidados diários, sendo que 45,7% despendem 6 a 10 horas na prestação de cuidados ao idoso dependente, afirmando em cerca de 74,3%, não possuir experiência prévia neste âmbito. De acordo com o CADI, estes percecionaram maiores dificuldades *nas reações à prestação de cuidados* ( $\bar{x}$ : 18,86), seguida das *exigências de ordem física na prestação de cuidados* ( $\bar{x}$ : 14,83) e dos *problemas relacionais com o idoso dependente* ( $\bar{x}$ : 11,94). Os CI's percecionaram menos dificuldades na dimensão *deficiente apoio profissional* ( $\bar{x}$ : 3,31). As dificuldades manifestadas pelos CI's aumentam quando o número de horas de cuidados é maior e os CI's com menores rendimentos, revelam mais dificuldades em cuidar dos idosos dependentes.

**Conclusão:** O conhecimento das dificuldades dos CI's, em cuidar do idoso dependente, por parte da equipa de enfermagem facilitará o delinear de estratégias adequadas no âmbito da prestação de cuidados domiciliários, impondo-se uma intervenção de enfermagem especializada e direcionada aos CI's como parte integrante do processo de cuidar, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idoso Dependente; Cuidador Informal; Dificuldades; Enfermagem Comunitária.



## ABSTRACT

**Background:** Ageing population creates significant challenges for public health policies. Therefore a longer average life expectancy, associated with the occurrence of chronic pathologies and dependence situations, makes the family undertake a leading role in the care of the elderly dependent. Most of the time, the relatives of the elderly dependent are those who take the role of informal caregiver (IC), ensuring the provision of essential care to the maintenance of their quality of life. This reality brings with it a series of requirements that allow the elderly to stay in their home, however, physical, psychological, emotional, social and financial difficulties may possibly affect their well-being.

**Objective:** To characterize the difficulties of IC of dependent elderly referenced from a Long-term Care Team of The National Network of Long-Term Integrated Care

**Method:** A quantitative, descriptive, cross-sectional, and correlate study was carried out in a non-probabilistic, convenience sample of 35 informal caregivers of elderly dependent people, who benefit from care from a Long-term Care Team. Data collection was accomplished through the completion of a questionnaire, made up of socio demographic questions, through the Barthel Index (Portuguese version by Araújo, Ribeiro, Oliveira and Pinto (2007) and through the Carers Assessment of Difficulties Index (CADI) translated and validated for the Portuguese population by Barreto and Brito (Brito, 2002). The data collected from the questionnaire set was entered into a Microsoft Excel worksheet (Office 2013) and processed in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program version 23.0., 2016.

**Results:** Informal caregivers are mostly female (77,1%), aged 34-86 years, with an average age of 65.03 years and are either married or in a non-marital partnership (77,1%), having completed primary school (62,9%) and are pensioners with a monthly income, as to the household, ranging between 531 and 1060 euros. The majority of elderly dependents (60,0%) are male, with an average age of 79,69 years. The main pathology presented by elderly dependents was the Cerebral Vascular Accident (CVA), regarded as the basis providing care necessity by an informal caregiver, with the majority of the elderly (80,0%) showing total dependency levels. In terms of the characterization of the context of the care delivery, it is verified that a large part of the ICs (60%) represent the spouse or partner, cohabiting almost all (91,4%) with the elderly. All IC provide daily care, 45,7% of whom spend 6 to 10 hours on care for the dependent elderly and 74,3% claim that they do not have prior experience in this field. According to CADI, these perceived greater difficulties to providing care in the reactions dimension ( $\bar{x}$ : 18,86), followed by the physical demands in providing care ( $\bar{x}$ : 14,83) and the relational problems with the dependent elderly person ( $\bar{x}$ : 11,94). The caregivers perceived less difficulties in the deficient professional support dimension ( $\bar{x}$ : 3,31). The difficulties expressed by the IC increase with greater number of hours of care, while the IC with lower incomes, reveal more difficulties in caring for the elderly dependent.

**Conclusion:** The awareness by the nursing team, of the IC difficulties in caring for the dependent elderly, will facilitate to outline adequate strategies in the area of home-based health care, imposing a specialized nursing intervention and directed to the IC, as an integral part of the process of caring, to achieve improvements and health.

Keywords: Aging; Family; Informal Caregiver; Difficulties; Community Nursing.



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

**Pág.**

<b>Figura 1</b> -Pirâmide Etária de Portugal 2006-2016 .....	28
--	----





<b>Quadro 1-</b> Índice de dependência de idosos em Portugal 2012-2016.....	35
<b>Quadro 2 -</b> Fatores do CADI.....	66
<b>Quadro 3 -</b> $\alpha$ de Cronbach para cada um dos fatores do CADI e CADI total.....	68
<b>Quadro 4-</b> Resultados do teste de Shapiro-Wilk.....	71
<b>Quadro 5-</b> Distribuição dos CI's segundo as características sociodemográficas .....	75
<b>Quadro 6-</b> Distribuição dos idosos dependentes segundo o sexo e grupo etário. ....	76
<b>Quadro 7-</b> Distribuição dos idosos dependentes segundo a causa que levou à necessidade de um CI para prestação de cuidados.....	76
<b>Quadro 8-</b> Distribuição dos idosos dependentes segundo as principais doenças.....	77
<b>Quadro 9-</b> Distribuição dos idosos dependentes segundo o Índice de Barthel .....	78
<b>Quadro 10-</b> Distribuição do Índice de Barthel por atividades básicas de vida .....	79
<b>Quadro 11-</b> Distribuição dos CI's segundo a caracterização do contexto da prestação de cuidados .....	81
<b>Quadro 12-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Problemas relacionais com o idoso".....	83
<b>Quadro 13-</b> Distribuição dos CI' s segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Reações à prestação de cuidados" .....	84
<b>Quadro 14-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Exigências de ordem física na prestação de cuidados" .....	85
<b>Quadro 15-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Restrições na vida social".....	86
<b>Quadro 16-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Deficiente apoio familiar" .....	86
<b>Quadro 17-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Deficiente apoio profissional" .....	87
<b>Quadro 18-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão "Problemas financeiros".....	87
<b>Quadro 19-</b> Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas e CADI total.....	88
<b>Quadro 20-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação CADI nos cuidadores do sexo masculino e nos cuidadores do sexo feminino.....	89
<b>Quadro 21-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do sexo dos CI's.....	90

<b>Quadro 22-</b> Resultados do estudo da correlação das dificuldades percecionadas com a idade do CI.....	91
<b>Quadro 23-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação CADI em função do estado civil dos CI's .....	92
<b>Quadro 24-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do estado civil dos CI's .....	93
<b>Quadro 25-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI no grupo sem escolaridade ou com ensino básico e no grupo com ensino secundário ou universitário .....	94
<b>Quadro 26-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função das habilitações literárias do CI.....	94
<b>Quadro 27-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI nos grupos com rendimento inferior a 530€ e superior a 530€.....	95
<b>Quadro 28-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do rendimento dos CI's .....	96
<b>Quadro 29-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI nos grupos com e sem história de cuidados a idosos dependentes .....	97
<b>Quadro 30-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função da experiência prévia de cuidados a idosos dependentes .....	97
<b>Quadro 31-</b> Resultados do estudo da correlação das dificuldades percecionadas com a idade dos CI's.....	98
<b>Quadro 32-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do local de residência dos CI's.....	99
<b>Quadro 33-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação CADI em idosos dependentes do sexo masculino e do sexo feminino.....	99
<b>Quadro 34-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do sexo do idoso dependente.....	100
<b>Quadro 35-</b> Resultados do estudo da correlação entre a pontuação do CADI e o Índice de Barthel .....	101
<b>Quadro 36-</b> Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI em CI's que coabitam e CI's que não coabitam com o idoso dependente .....	101
<b>Quadro 37-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do CI coabitar ou não com o idoso dependente .....	102
<b>Quadro 38-</b> Resultados da comparação das dificuldades percecionadas em função do parentesco do CI em relação ao idoso dependente.....	103

**Quadro 39-** Resultados do estudo da correlação entre a pontuação do CADI e o número de horas de cuidados diários ..... 103



<b>ÍNDICE</b>	<b>PAG.</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<b>1- PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>27</b>
1.1-CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO.....	30
1.2- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA.....	32
<b>2- FAMÍLIA NO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL.....</b>	<b>37</b>
2.1- A FAMÍLIA CUIDADORA.....	38
2.2- O CUIDADOR INFORMAL.....	40
<b>2.2.1-Perfil do cuidador informal.....</b>	<b>42</b>
<b>2.2.2- Papel do cuidador informal.....</b>	<b>44</b>
2.3- DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL.....	48
<b>3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO APOIO À FAMÍLIA.....</b>	<b>53</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>57</b>
<b>4-FASE METODOLÓGICA.....</b>	<b>59</b>
4.1-PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO .....	59
4.2 – TIPO DE ESTUDO .....	60
4.3 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO .....	61
4.4- OBJETIVOS .....	61
4.5- VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO .....	62
4.6-POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	67
4.7- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	67
<b>4.7.1 - Consistência interna dos Índices.....</b>	<b>68</b>
4.8- PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	69
4.9 – PROCEDIMENTO PARA A RECOLHA DE DADOS .....	69
4.10 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS .....	70
<b>5– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA .....	73
5.2- ANÁLISE INFERENCIAL .....	89

<b>6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>105</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>113</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>133</b>
<b>APÊNDICE A- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE B- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA REGIÃO EM ESTUDO .....</b>	<b>147</b>
<b>APÊNDICE C- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICE D- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CADI .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE E- PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL .....</b>	<b>159</b>
<b>APÊNDICE F - CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>163</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO I - PARECER DO DIRETOR EXECUTIVO DO ACES.....</b>	<b>169</b>
<b>ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARS.....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO III - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO CADI.....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO IV - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL .....</b>	<b>181</b>

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido referenciado em diversos estudos demográficos, como um dos mais importantes acontecimentos do séc. XXI.

Apesar do processo de envelhecimento demográfico se verificar a nível mundial, manifesta-se de modo peculiarmente óbvio na Europa sendo, já por muitos apelidado, como o “continente grisalho”. Em Portugal, este processo progrediu a um ritmo marcadamente acelerado, condicionado pela rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade (Rosa, 2012).

Este fenómeno tem merecido atenção e sido objeto de estudo, tanto a nível mundial como em Portugal, constituindo uma realidade particularmente nas sociedades industrializadas, onde o envelhecimento demográfico assume uma tendência crescente (Cabete, 2005).

O envelhecimento nos dias de hoje é considerado uma realidade à qual ninguém consegue escapar e, gradualmente com o avançar da idade surge a debilidade física, tendo como consequência mais evidente a doença física ou psíquica.

Até à década de sessenta, a população portuguesa era predominantemente jovem, consequência de uma forte ruralidade, fraca presença da mulher no mercado de trabalho, pouca difusão dos métodos contraceptivos e uma elevada taxa de natalidade. A guerra colonial e a emigração alteraram este panorama nos anos 70, fruto de uma série de acontecimentos tais como um alargamento da escolaridade obrigatória, alterações do modo de vida e um êxodo rural.

Em Portugal, segundo a análise do Instituto Nacional de Estatística, entre 2012 e 2017 a proporção de jovens, relativamente ao total de população residente, regrediu de 14,8% para 13,8%; por outro lado, a percentagem de pessoas idosas aumentou de 19,4% para 21,5%. Por conseguinte, o índice de envelhecimento<sup>1</sup> aumentou de 131,1 para 155,4 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018).

Estas alterações demográficas em Portugal têm como principal consequência o aumento da dependência das pessoas idosas e, naturalmente, uma maior procura dos cuidados de saúde, refletindo-se num aumento exponencial do número de internamentos hospitalares de pessoas com mais de 65 anos.

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, as alterações demográficas ocorridas nos últimos anos, as quais se refletiram na inversão das pirâmides etárias,

---

<sup>1</sup> Índice de envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, traduzida pelo quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 - 14 anos.



propiciaram um conjunto de desafios não só junto das entidades governamentais e comunidades, mas, particularmente, para as famílias (Direção Geral de Saúde (DGS), 2006).

Face a uma população gradualmente envelhecida e com maiores níveis de dependência, novas instigações surgem junto do sistema de saúde, nomeadamente em termos de gestão e organização dos cuidados de saúde, exigindo, por isso, o investimento no conhecimento científico. Daqui surgirão respostas personalizadas e humanas, adequadas às necessidades específicas de saúde nos idosos. Trata-se de um fenómeno que requer reflexões críticas persistentes, pois o envelhecimento demográfico, as alterações de natureza epidemiológica e os comportamentos sociofamiliares, fazem emergir, nas atuais sociedades, novas necessidades ao nível da saúde e da proteção social (Ramos, 2012).

Quaresma, Fernandes, Calado e Pereira (2004), constataram que a prevenção da dependência, concomitantemente com a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, assume a tónica central nos debates e discussões que se debruçam em torno da problemática da longevidade alcançada.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam especificamente a um ofício e muito menos a uma profissão. Pertenciam a qualquer pessoa que garantisse a manutenção/recuperação das necessidades intrínsecas à permanência da vida em grupo. O cuidado surge como consequência do ato de cuidar, em que a vulnerabilidade da pessoa a coloca em frente daquele que presta cuidados (Collière, 2003). Atualmente esta denominação «cuidados» encontra-se vulgarizada, no seu uso, pois as conotações que lhe são atribuídas são variadíssimas.

Hesbeen (2000) afirma que é na área da saúde que os cuidados assumem maior ênfase, pois o conceito de prestar cuidados aplica-se especialmente nas situações que uma pessoa necessita de restaurar as suas necessidades num nível pleno, bem como a promoção da sua saúde. Por sua vez, Sequeira (2010) acrescenta que cuidar não se resume a uma simples tarefa ou função, mas sim a um ato de solidariedade que comporta respeito, mutualidade e apoio.

O papel dos cuidadores informais (CI's) mantém-se uma temática atual, que se encontra contemplada no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com revisão e extensão a 2020 da DGS, como se comprova na 16ª orientação específica para a sua implementação: “Apoiar iniciativas da sociedade civil no âmbito do voluntariado em saúde, em particular no domínio da formação de CI's de suporte ao doente acamado.” (DGS, 2015:25).

A capacitação dos prestadores de cuidados está relacionada com os conhecimentos que estes possuem e, consequentemente, com as crenças da sua capacidade de executarem determinadas tarefas, pelo que é fundamental que exista uma preparação, formação, integração e acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados.

Os CI's apresentam uma série de dificuldades na sua tarefa de cuidar e cabe aos profissionais de saúde identificar e clarificar essas mesmas dificuldades e, desta forma, desenvolver medidas que contribuam para o sucesso a longo prazo dos cuidados domiciliários.

Partimos assim para este estudo com algumas referências conceituais.

Deste modo, justifica-se assim a necessidade de realizar um estudo que demonstre e permita caracterizar as dificuldades dos CI's de idosos dependentes referenciados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

A questão de investigação formulada foi “Quais as dificuldades percecionadas pelos CI's de idosos dependentes referenciados numa ECCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?”. Neste sentido, foi formulado o objetivo geral: Caracterizar as dificuldades dos CI's de idosos dependentes referenciados na ECCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por forma a responder mais pormenorizadamente à questão de investigação delinearam-se os seguintes objetivos específicos, nomeadamente:

- Identificar o perfil do cuidador informal do idoso dependente que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar as dificuldades percecionadas pelo cuidador informal do idoso dependente que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar os fatores determinantes das dificuldades do cuidador informal do idoso dependente, que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar o perfil do idoso dependente, que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar o nível de dependência nas atividades de vida diária (AVD's) do idoso dependente que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio.

Com a realização deste estudo pretende-se obter uma boa adesão dos participantes com o objetivo de conhecer a realidade dos CI's, nomeadamente das suas dificuldades na prestação de cuidados ao idoso dependente.

Pretendemos, igualmente identificar o perfil dos CI's e as dificuldades no assumir da responsabilidade do papel de cuidador informal ao idoso dependente, dando visibilidade às funções do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no processo de capacitação e empoderamento do cuidador informal.

Consiste num estudo de natureza quantitativa, descritivo, transversal e correlacional, realizado numa amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 35 cuidadores informais de idosos dependentes, que usufruem de cuidados de uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados, cumpriram os critérios definidos para o estudo e aceitaram participar

voluntariamente no mesmo. A colheita de dados fez-se através do preenchimento de um questionário, constituído por questões sociodemográficas, pelo Índice de Barthel (versão portuguesa de Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007) e pelo Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), versão portuguesa da Carer's Assessment of Difficulties Index, traduzido e validado para a população portuguesa por Barreto e Brito (Brito, 2002).

O presente estudo encontra-se dividido em três partes distintas. A primeira parte do estudo engloba o Enquadramento Teórico, onde são abordadas as temáticas referentes ao processo de envelhecimento, nomeadamente as suas características e a sua relação com a dependência. Nesta parte, abordamos a temática da Família no papel de Cuidador Informal, particularmente, as funções da família e a importância do cuidar. Conjuntamente, são explorados vários conceitos de cuidador informal, particularmente o perfil e o papel do cuidador informal. Por último é concetualizada a temática central do presente estudo: as dificuldades do cuidador informal, finalizando com o papel do enfermeiro no apoio à família, onde são destacadas as competências específicas do Enfermeiro de Família e do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

A segunda parte apresenta o Estudo Empírico onde, no primeiro capítulo se desenvolveu a metodologia da investigação utilizada neste estudo, nomeadamente: a problemática da investigação, tipo de estudo, questão de investigação, objetivos, variáveis e sua operacionalização, população e amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos éticos e legais, procedimentos para a recolha de dados e o tratamento estatístico dos dados. No segundo capítulo, é exposta a apresentação e análise dos dados, designadamente a análise descritiva e a análise inferencial, seguido do terceiro capítulo onde é apresentada a discussão dos resultados.

A terceira e última parte apresenta as conclusões do estudo, sendo também tecidas algumas considerações acerca das limitações deste estudo, das implicações práticas e algumas sugestões de investigação.

No final deste trabalho, são apresentadas as referências bibliográficas consultadas que serviram de fundamento para a construção deste estudo.

A presente dissertação foi redigida segundo as regras do acordo ortográfico.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

O enquadramento teórico ou fase conceptual caracteriza-se pela definição e escolha de um tema ou um domínio de investigação, que começa quando o investigador trabalha uma ideia com o objetivo de orientar a sua investigação. Neste sentido é essencial aprofundar os conceitos teóricos e científicos, com base na revisão da literatura, com o propósito de delimitar a questão de investigação. A fundamentação teórica vai ser dividida em dois capítulos, sendo que o primeiro será relativo ao processo de envelhecimento, nomeadamente os tipos de envelhecimento, suas características e a dependência do idoso. No segundo capítulo iremos abordar a temática relativa ao cuidador informal, particularmente o perfil e o papel do cuidador informal, bem como o papel do enfermeiro no apoio à família.



## 1- PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento das sociedades assume-se como uma realidade incontornável e, neste sentido, o processo de envelhecimento sempre constituiu um motivo de reflexão para os homens. O somatório destas constatações reflete-se no conceito de envelhecimento, bem como nas atitudes perante os idosos, as quais se têm vindo a alterar.

Melo, Rua e Santos (2014) referem-se ao envelhecimento populacional como sendo uma evidência atual, que acarreta efeitos reais para a sociedade em geral. Segundo os Censos de 2011, devido a melhores cuidados e políticas de saúde, assistiu-se a um incremento considerável no nível de envelhecimento das populações, traduzido pelo aumento da esperança média de vida das pessoas e pelo aumento da incidência de casos de doenças crónicas e/ou incapacitantes Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012).

Ainda de acordo com os dados definitivos dos últimos Censos, assistimos a um predomínio da população idosa feminina, ou seja 21,17% da população idosa portuguesa são mulheres e 16,69% são homens (INE, 2012).

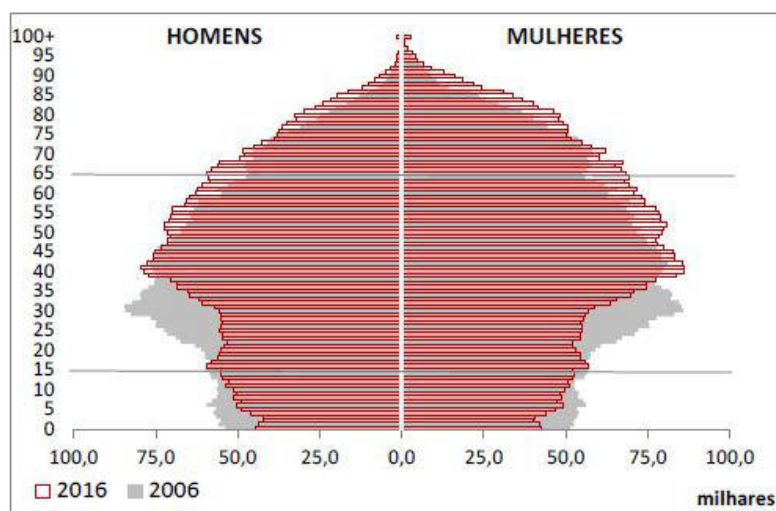
Em 2080, perante o decréscimo da população jovem e o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento irá aumentar em mais do dobro, de 147 idosos para 317, por cada 100 jovens. Contudo, e ainda de acordo com as previsões do Instituto Nacional de Estatística, o índice de envelhecimento irá atingir o valor mais alto por volta de 2040, decrescendo a partir deste ano. Esta redução fica a dever-se ao facto “(...) de entrarem nesta faixa etária gerações de menor dimensão, nascidas já num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações” (INE, 2017a:4).

Como consequência do decréscimo da natalidade, do aumento da longevidade e novamente do impacto da migração verificam-se transformações na dimensão e composição, em termos de sexo e idade, da população portuguesa, antevendo-se a continuação do envelhecimento demográfico (INE, 2017b).

As pirâmides etárias refletem a estrutura demográfica e a sua evolução, possibilitando através da análise da sua forma e irregularidades, identificar a estrutura etária (por exemplo se a população é jovem ou idosa); conhecer os acontecimentos passados e fazer projeções futuras.

De acordo com a análise às pirâmides etárias expostas na figura seguinte, o INE constatou que nos últimos dez anos é perceptível o duplo envelhecimento demográfico: estreitamento da base da pirâmide, relativamente o seu alargamento do topo (Figura 1). Neste período o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou para 328 961, enquanto que o número de jovens diminuiu para 214 572 e o número de pessoas em idade ativa (com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) também se reduziu para 337 404. A média de idades da população portuguesa,

sofreu um aumento de 40,8 anos em 2006 para 43,9 anos em 2016. A distribuição da população, por sexo e por grupo etário, demonstra que nos grupos etários mais velhos prevalecem as mulheres (INE, 2017b).



**Figura 1-Pirâmide Etária de Portugal 2006-2016**

Fonte: INE (2017b)

De acordo com o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), entre 2000-2050, o número de pessoas com mais de 60 anos irá duplicar e uma em cada cinco pessoas terá mais de 60 anos.

Todos os homens e mulheres são considerados idosos quando atingem os 65 anos, estando esta idade, em Portugal, relacionada com a proximidade da reforma. Quanto às designações, são utilizadas indistintamente, idosas ou com 65 e mais anos, pois não existe nenhuma norma específica a nível nacional (OMS, 2010; cit. por Fontes, 2014).

Envelhecer, segundo a perspectiva de Berger e Maillox-Poirier (1995:145), consiste num: “(...) processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano.”

Oliveira (2005) aponta como principais causas do envelhecimento populacional a diminuição abrupta das taxas de natalidade (consequência do uso de métodos anticoncepcionais, trabalho da mulher fora de casa, carência de condições habitacionais, comodismo, entre outros) e a redução acentuada das taxas de incidência de doenças e das taxas de mortalidade (consequência dos avanços tecnológicos na área da medicina).

Sequeira (2010) considera que o envelhecimento, como etapa da vida, consiste num processo biológico inevitável, acompanhado de modificações somáticas e psicossociais.

Nesta linha de pensamento, Veloso (2015) refere que, por forma a melhor compreender o envelhecimento, é fundamental uma abordagem ao ciclo vital, devendo ser atribuída especial importância aos acontecimentos que surgiram durante o percurso de vida, afastando a ideia de circunscrever cronologicamente o envelhecimento.

Na perspetiva de Figueiredo (2007), o processo de envelhecimento é influenciado e determinado por todos os acontecimentos da vida, ou seja, desde a informação genética, o meio ambiente e os estilos de vida adotados ao longo das primeiras etapas do ciclo vital. As pessoas cada vez se reformam mais cedo, devido a problemas de saúde, desemprego, reformas antecipadas e a chegada da reforma, que deveria ser considerada como uma fase estável para o início da velhice, é caracterizada pelo decréscimo e agravamento do nível económico, associada a menores índices de socialização, apesar de terem mais tempo livre.

No entanto, envelhecer poderá ser encarado como um simples processo para alcançar uma nova etapa, devendo esta ser saudável, feliz e positiva (Imaginário, 2008). Por seu lado, Paúl (2005) advoga que a adaptação no processo de envelhecimento inclui o contrabalanço na ocorrência de perdas, ao recorrer a um conjunto de competências para resolução de problemas, as quais espelham a experiência de vida do idoso. Quanto melhor for a aceitabilidade do próprio envelhecimento, melhor será a adaptabilidade do indivíduo aos desafios decorrentes de todo o processo evolutivo do envelhecimento, não devendo ser considerados como um grupo de risco na medida em que se podem propor alterações no seu meio ambiente envolvente, atenuando o seu grau de fragilidade e vulnerabilidade e promovendo o seu processo de adaptação saudável a esta nova fase do seu ciclo vital.

Ao nos debruçarmos sobre o processo de envelhecimento torna-se pertinente abordarmos as alterações decorrentes deste processo, ou seja, distinguir o que é consequência e aquilo que é secundário. Daqui surgem dois conceitos que classificam o processo de envelhecimento: senescência e senilidade.

Para Azevedo (2015), a senescência, ou também designado envelhecimento primário diz respeito às mudanças ocasionadas pela idade, independentemente das doenças e das influências do meio ambiente. A senilidade ou envelhecimento secundário é caracterizada pela aceleração do processo de envelhecimento, como consequência das doenças que surgem, doenças crónicas e dos fatores ambientais.

Spar e La Rue (2005; cit. por Sequeira, 2010) complementam os conceitos anteriores, mencionando que o envelhecimento primário se refere à longevidade máxima da espécie e o envelhecimento secundário será relativo às diversidades interindividuais.



Contudo, o processo de envelhecimento não pode ser entendido como um simples processo demográfico, no qual importantes gerações alcançam a terceira idade, mas também como um processo que adquire características biológicas, psicológicas e sociais.

## 1.1-CARACTERÍSTICAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

A etapa da vida que temos vindo a explicar, representada como a velhice e todas as suas especificidades inerentes, só poderá ser concebida tendo em linha de conta os aspetos biológicos, psicológicos e sociais.

A característica mais evidente do envelhecimento é o aumento da incapacidade do organismo em se adaptar às alterações impostas pelo meio ambiente. Com o avançar da idade e com o surgimento das doenças crónicas, a incapacidade em se ajustar às mudanças aumenta.

O **envelhecimento biológico** consiste num conjunto de modificações físicas, as quais restringem a competência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo, resultando numa regressão da capacidade de: “manutenção do equilíbrio homeostático que em condições normais, não será suficiente para produzir perturbações funcionais” (Figueiredo, 2007:32). Por seu lado, Netto e Ponte (2002) consideram que o envelhecimento se caracteriza pelo declínio das diversas funções orgânicas ao longo da linha temporal, não se conseguindo limitar um ponto exato de mudança.

O envelhecimento biológico, consiste num processo de transformação no organismo que que traduz uma redução na possibilidade de subsistência ao longo do tempo, bem como a habilidade biológica de autorregulação, correção e ajuste aos requisitos ambientais, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo à morbilidade e mortalidade. Todas as transformações decorrentes do processo de senescência irão conduzir a uma perda progressiva da capacidade de adaptação orgânica e, desta forma, a suscetibilidade do indivíduo à doença, fundamentalmente a probabilidade de existência de problemas crónicos aumenta (Berger e Mailloux-Poirier, 1995; Figueiredo, 2007).

É importante reter que o envelhecimento biológico, enquanto processo, advém das mudanças ocorridas no organismo devido aos efeitos da idade avançada, fazendo com que o indivíduo perca a capacidade de manter o equilíbrio e diminuindo as suas funções fisiológicas.

É importante separar o envelhecimento de doença, pois existem transformações nesta fase da vida que não devem ser consideradas como patológicas.

Osório (2007) admite que as transformações sofridas por um ser, desde a sua geração até ao completo desenvolvimento, não se podem basear somente na perspetiva biológica, correndo-se o risco de se tornarem estudos restritivos. Na perspetiva deste autor e, sob o ponto de vista psicológico, ao longo do percurso vital existe uma harmonia entre o crescimento e o declínio, sendo que na velhice o declínio ganha terreno ao crescimento, coexistindo ambos.

As características da personalidade alteram-se de acordo com os desafios e experiências que ocorrem ao longo do ciclo vital (Figueiredo, 2007) e, de acordo com Sequeira (2010), as repercussões psicológicas decorrentes do envelhecimento resultam numa série de mudanças comportamentais e das atitudes, pois trata-se de um processo acima de tudo dinâmico. O envelhecimento psicológico depende de vários fatores, nomeadamente patológicos, genéticos, ambientais, do contexto em que o indivíduo se insere e do modo como cada um experiencia o seu percurso de vida (Fechine e Trompieri, 2012).

De acordo com os autores anteriormente mencionados, o idoso poderá então deparar-se com obstáculos que lhe dificultam a adaptação a novos papéis na comunidade onde se insere, a mudanças imprevistas, a perdas afetivas, podendo desencadear alterações psíquicas, tais como depressão, somatização, suicídio, etc.

A inteligência não sofre com o processo de envelhecimento, verificamos sim, uma lentificação em alguns processos, sobretudo no tempo de reação. O envelhecimento psicológico diz então respeito à competência do indivíduo em se adaptar às atividades de vida diária, a estados emocionais e ao modo como percebe o seu envelhecimento relativamente aos seus pares (Cabete, 2005).

De acordo com Figueiredo (2007), a sociedade científica concorda que a memória se altera com a idade, nomeadamente a ocorrência de problemas graves de memória estão interligados com o aparecimento de doenças mais frequentes nos idosos, por exemplo as doenças cerebrovasculares e Alzheimer.

No processo de envelhecimento assistimos igualmente a transformações sociais para além das transformações biológicas e psicológicas já explanadas anteriormente.

O **envelhecimento social** tem como consequência a mudança no modo como o idoso é visto na comunidade, na sociedade em geral, nomeadamente no estatuto que ocupa e como se relaciona com os outros indivíduos no mesmo contexto (Melo, 2014).

A sociedade reveste-se de valores e princípios próprios, alicerçados em diversos e contraditórios pontos de vista, que norteiam a conceção de velhice. Assiste-se a um incremento da longevidade, da beleza, da independência e, ao mesmo tempo, a valorização social dos idosos desaparece, isto é o idoso fica com um papel social reduzido, sendo, muitas vezes, ostracizada. (Schneider e Irigaray, 2008).

Nesta linha de pensamento, Fachine e Trompieri (2012) explicam que as alterações ao nível social surgem sobretudo devido à crise de identidade determinada pela baixa autoestima, originada pela ausência e/ou mudança de papel social, tanto em contexto laboral (reforma) como familiar e comunitário. Contudo, Figueiredo (2007) ressalta que a fase em que poderá ocorrer perda de alguns papéis sociais não tem que ser enfrentada/vivida de forma negativa, com tristeza, mas sim como sendo normal e inerente ao decurso de vida, podendo ser ultrapassada de forma bastante satisfatória.

Desta forma, Cabete (2005) conclui que o processo de envelhecimento compreende modificações físicas, psicológicas e sociais, não podendo ser encarado ou relacionado com uma doença ou incapacidade. Neste sentido, compreende-se a existência de um grande número de idosos que continuam autónomos durante bastantes anos, conseguindo desempenhar as suas atividades de vida diária, comunicar eficazmente e participar ativamente no seu meio social.

## 1.2- ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Ao longo dos anos e, lado a lado com o progresso concebido pelas ciências, temos assistido, nomeadamente na área da saúde, ao aumento do prolongar da vida e, consequentemente, da população idosa, como reflexo das sociedades desenvolvidas (Sequeira, 2010). O crescente número de idosos exige um esforço adicional por parte da população ativa que, por sua vez, constitui um ativo fundamental para a manutenção de um sistema de proteção social que garanta um conjunto alargado de apoios aos idosos.

De acordo com Sequeira (2010), o aumento da ancianidade oferece novos desafios à sociedade, nomeadamente no âmbito da saúde e da prestação de cuidados. A saúde é considerada um meio para o idoso atingir um envelhecimento normal, isto é, um processo constituído por alterações biológicas que ocorrem com idade, sem ser influenciado por doenças ou fatores ambientais. Por outro lado, na área da prestação de cuidados surgem novos desafios na medida em que quanto maior for a idade, maior é a probabilidade de ocorrerem doenças e, por conseguinte, maiores níveis de dependência.

A dependência traduz uma condição duradoura ou transitória na qual as pessoas se encontram devido a alteração ou perda da independência de ordem física, psíquica ou intelectual, necessitando de apoio de terceiros para satisfazer as atividades de vida diária, nomeadamente ao nível de autonomia do indivíduo, não só nos autocuidados, mas também na sua colaboração enquanto membro integrante da sociedade (Sequeira, 2010; Araújo, Paúl e Martins, 2011; Gomes e Martins, 2016).

O Decreto-Lei nº136/2015 publicado em Diário da República (DR, 2015a:5084) define dependência como sendo:

(...) a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária.

De acordo com o exposto, acresce a esta aceção que a dependência também depende das dificuldades dos familiares e da escassez de apoios sociais.

Segundo Figueiredo (2007), o processo de envelhecimento engloba a impossibilidade de efetuar, de modo independente, determinadas atividades de vida diária, fundamentalmente devido a doenças crónicas e à perda de funções fisiológicas, consequência do processo de senescência. De salientar que estas causas de dependência só surgem e condicionam determinadas pessoas de idade avançada, dependendo de uma série de fatores sociais, ambientais e genéticos individuais. Imaginário (2008) acrescenta que existem vários fatores que determinam a dependência num idoso, nomeadamente: físicos (vulnerabilidade física, problemas de mobilidade e doenças); psicológicos (deterioração cognitiva e distúrbios da personalidade) e os oriundos do contexto (ambiente físico no qual o idoso se insere e as atitudes das pessoas perante o idoso).

Berger e Mailloux-Poirier (1995) referem que o aumento da esperança de vida não implica necessariamente maior qualidade de vida, pois verifica-se o incremento de doenças crónicas e incapacitantes à medida que as pessoas atingem idades avançadas.

As patologias do aparelho circulatório continuam a assumir a primeira posição nas causas de morte, no entanto, de acordo com os dados do INE (2014) verificou-se um decréscimo de 6.96% no número de óbitos por doença cerebrovascular, entre os anos de 2008-2012, (DGS, 2014b). O AVC é considerado a doença que mais mata em Portugal, como é típico nas culturas mediterrânicas. Simões e Grilo (2012) mencionam a transição demográfica, como sendo um processo que se continua a desenrolar no mundo ocidental, o que conduz à sobrevivência das pessoas com idade mais avançada por mais anos, conduzindo a maior longevidade e contribuindo para a probabilidade de ocorrência de AVC com pior gravidade e consequências.

Porém, a dependência pode acontecer em qualquer faixa etária, numa qualquer circunstância da vida, como por exemplo um acidente infantil ou juvenil, doença aguda ou, mais frequentemente, à medida que ocorre agravamento nas funções fisiológicas ou doenças crónicas. No entanto, empiricamente tem-se constatado uma estreita analogia entre dependência e idade, verificando-se um maior número de indivíduos com limitações funcionais nas faixas etárias mais avançadas (Figueiredo, 2007).

No sentido de proporcionar uma maior qualidade de vida aos idosos em idades mais tardias, o desafio emerge, pois, o aumento da longevidade tem como consequência o predomínio de doenças crónicas e uma maior dependência nesta fase do ciclo vital, como mencionado anteriormente. Os desafios surgem na árdua, mas recompensante, tarefa de cuidar do idoso e as respostas são exigidas à sociedade cada vez mais envelhecida. O desenvolvimento de políticas no âmbito da saúde é imperativo, no sentido da promoção da qualidade de vida dos idosos, providenciando bens e serviços.

Salvage (1995; cit. por Figueiredo, 2007) afirma que, apesar de não existir unanimidade, um aumento da esperança média de vida implica níveis crescentes de dependência e incapacidade para os idosos.

Conforme os dados estatísticos do INE (2016), a esperança de vida à nascença foi calculada em 80,41 anos para o total da população portuguesa, mais especificamente em 77,36 anos para os homens e 83,23 anos para as mulheres. De acordo com estes valores, apurou-se um ganho de 1,19 para os homens e de 1,04 anos para as mulheres, comparativamente com os valores calculados para 2008-2010. Contudo, a esperança de vida continua a ser superior para as mulheres, embora a diferença entre os dois sexos se tenha vindo a esbater. Na região centro constata-se os valores mais altos da esperança média de vida à nascença, correspondendo a 80,8 anos.

Por conseguinte, o incremento da esperança média de vida resulta do esforço positivo do desenvolvimento humano e outras preocupações daqui advêm, pois, o aumento dos custos na área da saúde, quer humanos quer materiais, acompanham o crescimento dos níveis de dependência, na medida em que viver mais tempo implica chegar a idade mais avançada e maior é a probabilidade de ocorrência de situações patológicas (Quaresma, Fernandes Calado e Pereira, 2004).

O aumento da esperança média de vida pode vir a ser sobejamente reconhecido como uma importante conquista, comprovando-se que existem alterações nas causas mais importantes de morbilidade e mortalidade da população, pois ao se atingirem idades mais avançadas, acresce um risco de ocorrência de patologias crónicas e degenerativas, com fortes implicações na utilização de cuidados de saúde (DGS, 2014a; Rodrigues, 2014).

Torna-se fundamentalmente prioritário, ao nível das políticas de saúde, que sejam desenvolvidas estratégias para preservar a qualidade de vida do idoso e reduzir a sua vulnerabilidade física e psicológica (Sequeira, 2010). Essencialmente, o que se pretende é diminuir a dependência do idoso, com vista à melhoria da qualidade de vida nesta faixa etária.

À semelhança do índice elevado de envelhecimento já referido anteriormente, não se poderia aspirar outro cenário, no que diz respeito ao índice de dependência de idosos, como

refletido no Quadro 1. O Índice de dependência <sup>2</sup> de idosos consiste na relação entre a população idosa e a população em idade ativa. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa (PORDATA, 2017). De acordo com o Quadro 1, em 2016 por cada 100 indivíduos potencialmente ativos havia cerca de 32 indivíduos com 65 e mais anos (em 2012 a relação era de 100 para 29).

**Quadro 1- Índice de dependência de idosos em Portugal 2012-2016**

<b>Anos</b>	<b>Índice de dependência de idosos</b>				
	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Portugal</b>	29,1	29,9	30,7	31,4	32,1
<b>Norte</b>	25,3	26,0	26,8	27,7	28,6
<b>Centro</b>	34,4	34,9	35,7	36,2	36,7
<b>Beira Baixa</b>	48,3	48,2	48,5	48,9	49,3
<b>Algarve</b>	30,4	31,1	31,9	32,4	32,8
<b>Região Autónoma dos Açores</b>	18,7	18,7	18,8	19,1	19,6
<b>Região Autónoma da Madeira</b>	21,0	21,3	21,6	22,0	22,6

Fontes de Dados: INE-Estimativas Anuais da População Residente Fonte: PORDATA

De acordo com o exposto, uma questão se afigura e torna-se importante salientar: como se considera um idoso dependente? Sequeira (2010) considera que uma dependência é a consequência da eversão funcional do idoso, que padece de uma patologia crónica, sofreu um acidente, polimedicação, défice nutricional, carência de ajudas técnicas, etc.

Todavia, as necessidades dos idosos não provêm somente das transformações oriundas do processo de envelhecimento e das doenças associadas, ou seja, de acordo com Imaginário (2008) o isolamento social, a inexistência de suporte familiar, situações em que idosos cuidam de idosos, baixo poder económico dos idosos, também são fortes contributos.

Figueiredo (2007) expõe que a dependência tem sido analisada através da avaliação funcional no âmbito geriátrico, sendo esta uma das áreas mais importantes nos cuidados ao idoso dependente. A autora define funcionalidade como sendo a habilidade de um indivíduo em se adequar às dificuldades e requisitos do dia-a-dia, sendo calculada com base na capacidade e autonomia em se executarem as atividades de vida diária, que se subdividem em:

1. Atividades básicas da vida diária (higiene pessoal, vestir, alimentar, mobilidade);

<sup>2</sup> Índice de dependência de idosos - definido habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

2. Atividades instrumentais da vida diária (realizar tarefas domésticas, fazer compras, utilizar meios de transporte, administração e gestão de medicamentos);
3. Atividades avançadas da vida diária (trabalho, atividades de lazer, exercício físico e contactos sociais).

Katz, Lawton e Brody foram pioneiros na avaliação funcional de uma pessoa, tendo em linha de conta a sua necessidade ou não, de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária (Figueiredo, 2007).

De acordo com Petronilho (2013), em Portugal, no sentido de providenciar soluções mais apropriadas às novas necessidades em termos de saúde e de ordem social, relacionadas com o envelhecimento populacional e o aumento de pessoas em situação de dependência, foi criada em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). De acordo com Decreto-lei nº 101 de 6 junho, a RNCCI é considerada uma nova conjuntura de cuidados, fundamentada num modelo integrado e articulado entre a saúde e a segurança social que tem como objetivo: “Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades”, constituindo “uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária”. A RNCCI inclui unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, apoio social e cuidados paliativos, com origem nos serviços comunitários de proximidade. Abarca, similarmente, os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais (DR, 2006: 3856).

Não obstante da sua importância, a RNCCI não consegue dar uma resposta efetiva às necessidades dos utentes e seus familiares. De acordo com o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde de 2017 (OPSS, 2017) constata-se a elevada taxa de ocupação em todas as tipologias da rede que envolvem internamento, sendo que os dados de março de 2017 apontam os limites da capacidade de resposta a rondar os 100%.

Na opinião de Petronilho (2013), os idosos referenciados para a RNCCI aguardam muito tempo, o que leva a que as referenciações diminuam e o destino destes seja, forçosamente, o regresso ao domicílio. Neste sentido, devido às alterações demográficas relacionadas com o envelhecimento e o progresso tecnológico e científico, o número de pessoas com dependência no autocuidado, em contexto domiciliário, irá aumentar.

Por conseguinte, a necessidade em cuidados de saúde aparece interligada à situação de dependência da pessoa e, naturalmente, à competência da família para nortear os novos desafios de saúde que surgirão ao longo do tempo.

## 2- FAMÍLIA NO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL

O envelhecimento das sociedades, reconhecido em todo o mundo, é considerado um fenómeno, no sentido em que representa um dos maiores avanços da humanidade, afigurando-se como um sinónimo da evolução na área dos cuidados de saúde. Mas, Figueiredo (2007) alerta-nos para as consequências menos positivas que advêm destas conquistas, nomeadamente a instabilidade económica das sociedades, particularmente no seio das famílias, pois afinal quem irá cuidar dos idosos? Por outro lado, sabemos que progresso no âmbito da medicina preventiva e curativa, bem como os avanços na promoção e educação para a saúde contribuíram para a diminuição das taxas de mortalidade e para as alterações demográficas nas pirâmides etárias.

Dados do INE (2012), de acordo com os Censos de 2011, indicavam que aproximadamente 50% dos idosos apresentava dificuldade ou não conseguia executar pelo menos uma das seis atividades diárias, sendo que mais de metade destes idosos viviam sozinhos ou na companhia exclusiva de outros idosos.

O Relatório de Primavera de 2015 (OPSS, 2015) também menciona que as alterações verificadas na estrutura etária populacional, conjuntamente com situações patológicas complexas no idoso, apontam para um número cada vez maior de famílias que necessitará de cuidar de um familiar em situação de dependência.

Cuidar surge assim, como um conceito fulcral que reúne em si a conceção de vida, saúde e condição humana, consistindo, na perspetiva de Cunha, Pimenta e Nascimento (2013), num processo dinâmico e interativo que fundamenta a noção de cuidado informal como solução para a crescente demanda de cuidados de saúde, numa população com índices de dependência e envelhecimento elevados.

Collière (2003) refere que, durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam especificamente a um ofício e muito menos a uma profissão; pertenciam a qualquer pessoa que garantisse a manutenção/recuperação das necessidades intrínsecas à permanência da vida em grupo. O cuidado surge como o fruto do ato de cuidar, em que a vulnerabilidade da pessoa a coloca em frente daquele que presta cuidados. Atualmente esta denominação «cuidados» encontra-se vulgarizada, no seu uso, pois as conotações que lhe são atribuídas são variadíssimas.

Cuidar, segundo Sequeira (2010), não se resume a uma simples tarefa ou função, mas sim a um ato de solidariedade que comporta respeito, mutualidade e apoio.

A própria sociedade vai tentando e criando redes que providenciem o suporte formal e informal de apoio, com vista à satisfação das necessidades afetadas, decorrente de situações de dependência e obtenção de uma melhor qualidade de vida. O apoio formal abarca a ERPI – estrutura residencial para idosos, centros de dia, serviços de apoio domiciliário e instituições de



saúde. O cuidado informal é concretizado, em grande parte das situações, por vizinhos, amigos ou elementos da família, cabendo a estes a designação de cuidador informal (Silva, Monteiro, Silva, Ferreira e Gabriel, 2012).

Uma pessoa em situação de dependência necessita da ajuda de outra para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, ou seja, “exige” um cuidador. Desde sempre existiram cuidadores, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer (Collière, 2003).

## 2.1- A FAMÍLIA CUIDADORA

A família representa o pilar fundamental, o lugar comum das sociedades humanas e constitui, de facto, o primeiro enquadramento, no qual a maioria dos seres humanos constrói toda a base dos primeiros conhecimentos. É a unidade social primordial na qual a pessoa se insere e, também, a primeira instituição que contribui para o seu crescimento e socialização, sendo uma realidade de chegada, permanência e partida do ser humano (Araújo, Paúl, e Martins, 2010)

Descrever a temática da família é explorar conjuntamente os sentimentos e os conhecimentos do que é ter e fazer parte de uma família. A noção de família desperta e reúne em si uma diversidade de conceitos, que diferem consoante as culturas, as conjunturas, os níveis de desenvolvimento e os momentos da história. A família consiste na unidade básica da sociedade, na qual os indivíduos que a constituem interagem entre si, com o ambiente e abrangendo outras pessoas (Sorensen e Luckman, 1998).

O conceito que estamos a abordar tem vindo a adquirir, nas últimas décadas, um campo lexical mais amplo, pois novas tendências e novos formatos familiares têm permitido novas conceções de família e, conseqüentemente, a organização da vida dos seus elementos. Stanhope e Lancaster (1999) afirmam que estas mudanças têm afetado o desenvolvimento da família enquanto unidade de conduta social, tanto na sua organização, como nas suas funções e interações, quer internamente, quer com a comunidade que a rodeia.

A vida do ser humano pode considerar-se um percurso com início, meio e fim, sendo este um decurso interativo, durante o qual surgem pessoas, contextos e objetos e, desta forma, a família perspectivada como um sistema, atravessa uma série de mudanças que a conduzem num processo de desenvolvimento.

O ciclo vital da família diz respeito ao percurso de quase todas as famílias, desde a sua nascença até à morte dos seus membros constituintes, sendo que a família assume duas funções

de extrema importância, especificamente: internas e externas. As funções internas dizem respeito à proteção e desenvolvimento dos seus membros, através dos sentimentos de afeto (amor, entendimento, interesse e aceitação), promovendo o sentimento de pertença a determinada família. As funções externas têm como objetivo a socialização, adequação e transmissão de determinada cultura (Relvas, 2004; Marques, 2007).

Perante uma doença incapacitante, inúmeras e frequentes alterações irão influenciar a dinâmica de uma família. Neste sentido, a tenacidade das famílias é testada, revelando maior ou menor capacidade de ultrapassar a crise resultante do processo de doença de um dos seus membros. De acordo com a teoria geral dos sistemas, que tem sido aplicada nos estudos das famílias, nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema (Andrade e Martins, 2011). A família surge então como um grupo primário, de convivência entre diversas gerações, unidos por relação de parentesco e uma experiência única que sobrevive numa linha temporal.

No nosso país a cultura baseia-se muito na família, particularmente no que diz respeito ao cuidado prestado aos idosos dependentes, o qual é adotado, primordialmente por um familiar. Na perspetiva de Pego (2013) e particularmente nas zonas rurais, a família mantém a tradição de assumir a prestação de cuidados aos seus idosos dependentes. Isto deve-se sobretudo a uma questão cultural, mas também à reduzida disponibilidade de recursos formais apesar de, nos últimos anos, a oferta neste âmbito ter vindo a crescer.

Os cuidados prestados ao membro idoso da família exigiram, desde sempre, por parte da família, algum tipo de habilidade e, decorrente das funções atribuídas à família, esta sempre intentou pela promoção dos cuidados e o apoio necessário ao membro em situação de doença.

Em suma, a multiplicidade de conceitos de família que têm vindo a surgir, provém da procura que cada autor tem em querer reunir, num só conceito, todas as possibilidades de estruturas e funções que a família foi conquistando.

A Organização Mundial de Saúde, em 1994, atribuiu especial ênfase à componente relacional, destacando a relevância de transpor a ideia de laços biológicos ou legais quando se trabalha com a família, enfatizando que o conceito de família não pode ser reduzido a vínculos de sangue, matrimónio, companhia sexual ou adoção. Diz respeito ao grupo, no qual as afinidades são alicerçadas na confiança, no apoio recíproco e um destino idêntico (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Na perspetiva de Hanson (2005) é no ambiente familiar que os elementos conhecem situações de saúde e de doença, sendo que a família assume um papel preponderante na recuperação e manutenção dos cuidados aos seus familiares, pois é neste contexto que os mesmos

são prestados e recebidos ao longo do ciclo vital. Segundo a mesma autora, o facto de aos familiares serem incumbidos os cuidados a prestar ao elemento com dependência é considerado inerente, sem na maioria das situações se questionar ou investigar se existem capacidades para se assumir tal papel.

A família tem readquirido o papel de cuidadora de um familiar em situação de dependência, pois situações de desemprego assim o proporcionam. Cuidar dos familiares mais idosos, assume-se como uma tradição cultural mediterrânica e, apesar das mutações sofridas ao nível da organização e função da família, são os familiares mais diretos que adotam, na generalidade dos casos, a responsabilidade pelo cuidar (Figueiredo, 2007).

Para o idoso, em situação de doença, é no seio familiar que reside a fonte de apoio e ajuda nas atividades domésticas e diárias (Imaginário, 2008).

Segundo Ferreira et al. (2012), a escolha de um cuidador surge após o sentimento de obrigação de cuidar do idoso dependente, pois outrora também já cuidou de si. Perante isto surge o cuidador familiar como fator preponderante na reabilitação da funcionalidade da pessoa incapaz. A família depara-se com a necessidade de designar um cuidador informal e, geralmente, este não tem formação para os cuidados que vai ter que realizar.

O desempenho do cuidador informal constitui uma realidade complicada, que não se confina simplesmente ao apoio a pessoas dependentes na satisfação das atividades de vida diária. É no contexto familiar que o papel do cuidador se configura e são estes os grandes responsáveis pelos cuidados de saúde aos familiares que têm as suas necessidades básicas afetadas e que, por si só, não as conseguem satisfazer.

## 2.2- O CUIDADOR INFORMAL

O permanente envelhecimento populacional, aliado ao crescente surgimento de situações de dependência, suscita novos desafios sociais, económicos e para a organização dos sistemas de saúde. Trata-se de um fenómeno que requer reflexões críticas persistentes, pois o envelhecimento demográfico, as alterações de natureza epidemiológica e os comportamentos sociofamiliares, fazem emergir, nas atuais sociedades, novas necessidades ao nível da saúde e da proteção social (Ramos, 2012).

O aumento da necessidade de apoio a idosos com nível de dependência tem vindo a constituir um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas, nas quais Portugal se insere, e as instituições de saúde não têm apresentado capacidade de resposta em termos de

internamento de idosos dependentes, o que obriga as famílias a assumir o cuidado dos seus familiares.

Ao longo de milhares de anos, os cuidados não eram exclusivos de uma profissão, mas também eram incumbência de qualquer pessoa que afixasse a manutenção/recuperação das necessidades inerentes à continuidade da vida em grupo.

Sequeira (2010) expõe o conceito de cuidadores formais, como aqueles que prestam cuidados com remuneração e com poder decisório reduzido, cumprindo tarefas delegadas pela família ou pelos profissionais de saúde que orientam o cuidado. São profissionais capacitados para o cuidado, com formação na área da saúde mental e patologias físicas, contribuindo de forma significativa para a saúde das pessoas cuidadas. Por outro lado, os CI's são pessoas que se disponibilizam de forma voluntária, não possuem formação específica e não auferem remuneração pelos cuidados prestados.

Para Ferreira (2013) o cuidador informal consiste em toda a pessoa, quer seja familiar ou não, que se compromete em prestar ajuda a uma pessoa dependente nas suas atividades diárias, fomentando a sua qualidade de vida e certificando a satisfação das suas necessidades diárias. O cuidado prestado é realizado informalmente, isto é, não existe formação específica prévia, nem estabelecimento de contrato ou remuneração.

Por norma, o cuidador informal diz respeito a elementos que pertencem à teia social do idoso, nomeadamente, familiares, amigos, vizinhos ou colegas, que lhe dispensam cuidados constantes, não auferem qualquer tipo de compensação monetária, não existindo nenhum vínculo laboral (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; André, Nunes, Martins e Rodrigues, 2013)

Na perspetiva de Paúl (2012:13): “os cuidados informais correspondem às tarefas diárias, desempenhadas por uma terceira pessoa, não profissional, que apoia as atividades de vida de pessoas, com algum grau de dependência”. Indo ao encontro do anteriormente mencionado, Figueiredo (2007), expõe que o cuidado informal diz respeito às interações entre um elemento da família, amigo ou vizinho que auxilia outro, de modo regular, a efetuar as atividades que lhe permitem viver com dignidade, não sendo recompensado monetariamente pelo trabalho desenvolvido. Logo o conceito de cuidador circunscreve-se numa relação estabelecida com um idoso com perda de autonomia e independência.

Neri e Carvalho (2002, cit. por Sequeira, 2010), no âmbito do cuidar, descrevem três conceitos distintos de cuidador informal: cuidador primário ou principal, cuidador secundário e cuidador terciário. Relativamente ao cuidador principal, a ele cabe a responsabilidade dos cuidados, zelando diretamente pelo idoso que carece de cuidados. Em situações de emergência ou quando não é possível ao cuidador principal providenciar cuidados é o cuidador secundário que tem como incumbência substituir o cuidador principal nos cuidados diretos, apoio económico,

lazer ou social. A figura de cuidador terciário engloba os amigos e vizinhos, que se disponibilizam casualmente e apenas quando requeridos em situações pontuais, não assumindo o compromisso pelo cuidar.

A necessidade de apoio, por parte de um cuidador informal, pode variar em grau e em que medida se torna imprescindível, estando também dependente do estado de saúde da pessoa que carece de cuidados. Na maioria das situações, este apoio vai sucedendo ao longo do ciclo vital da pessoa, sendo que o envelhecimento constitui a causa mais frequente para a necessidade de cuidados por parte de familiares, embora as doenças crónicas tenham alguma influência, como já foi referido anteriormente (Sousa e Bastos, 2016).

Figueiredo (2007) destriça dois rumos que conduzem à prestação informal de cuidados, nomeadamente aquele em que ocorre a perda de autonomia do idoso de quem cuida, existindo dificuldade para o cuidador em determinar o início dos cuidados, dado que o processo se desenrola sem o cuidador se aperceber que está a prestar cuidados. Do ponto de vista desta autora é a coabitação que favorece a circunstância deste tipo de processo. Por outro lado, quando ocorre uma situação imprevista, quer seja por acidente, doença ou após a alta hospitalar, o início da prestação informal de cuidados torna-se mais fácil de determinar, existindo uma hipótese de planeamento de todo o processo de cuidar. Simões e Grilo (2012), a este propósito, complementam que a nível hospitalar o tempo de internamento tem vindo a diminuir, pois surge a necessidade de reduzir custos com os internamentos e, consequentemente, surgem as altas clínicas prematuras imediatamente após a resolução da fase aguda da doença.

Todavia é em contexto domiciliário e sobretudo familiar, que o cuidar de um idoso se afigura como uma das principais imposições para a família, exigindo a adoção do papel de CI, muitas vezes em virtude da relutância manifestada, por parte do idoso, em ser integrado numa instituição.

De acordo com Sequeira (2010), os cuidados informais prestados pelos amigos e vizinhos apenas ocorrem em situações pontuais, ou seja, quando não existe nenhum elemento familiar ou quando não existe, da parte destes, competências para assumir o papel de cuidador.

### **2.2.1-Perfil do cuidador informal**

O cuidador informal, enquanto responsável pela prestação de cuidados, no sentido de promover a satisfação das atividades de vida diária ao idoso dependente, assume uma importância extrema. Na perspetiva de Araújo, Paúl e Martins (2010), são pessoas dedicadas, que intentam

providenciar respostas aos problemas, contribuindo para a sobrevivência e manutenção dos autocuidados.

É do conhecimento geral que os cuidados prestados ao idoso dependente competem, na maioria dos casos aos familiares mais próximos, cuidando de forma sistemática, muitas vezes solitária e sem colaboração direta dos restantes elementos da família (Sequeira, 2010). Nesta linha de pensamento, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) complementam que a missão de prestação de cuidados ao idoso dependente quase nunca é repartida e que, na generalidade das famílias, existe um cuidador principal que se responsabiliza pela maioria dos cuidados ao idoso.

As razões principais que, segundo o estudo de Sequeira (2007), levam uma pessoa a adotar o papel de cuidador, devem-se à própria iniciativa e, logo em seguida, ao facto de ser uma decisão familiar. Em muitos dos casos, a escolha do cuidador prevalece em função da experiência pessoal e suas características.

Neste sentido, e como pudemos verificar durante a pesquisa bibliográfica, constatámos que as variáveis sociodemográficas influenciam o modo como é prestado o cuidado o que, de certa forma, ajuda a traçar o perfil do cuidador informal.

Sequeira (2010) aponta a coresidência como um dos fatores de escolha do cuidador, devido à proximidade física e afetiva entre o idoso dependente e o cuidador.

Várias investigações realizadas sobre o perfil dos cuidadores demonstram que, relativamente ao sexo dos cuidadores, são as mulheres que habitualmente são responsáveis pela prestação de cuidados aos idosos dependentes (Lemos, 2012; Coelho, 2012; Lemos, Magalhães e Mata, 2013; Torres, Costa e Abreu, 2013; Faria, Toipa, Lamela e Bastos, 2013; Cachada, 2014; Nascimento, 2014; Cachada, 2014; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014; Castro, Souza, Ferreira, Guimarães, Leite, Pacheco e Alves, 2015; Martins, 2016). São apontadas três suposições explicativas desta disparidade: maior disponibilidade de tempo das mulheres, a socialização ideológica e a especialização de tarefas. Contudo, o sexo masculino começa a evidenciar-se na prestação de cuidados, o que transparece uma mudança de mentalidade, isto é, a constatação de trabalhos "puramente femininos" ou "puramente masculinos" e o reconhecimento da mulher como cuidadora exclusiva do lar e da família, tem vindo a sofrer alterações significativas em prol das mudanças verificadas nos estilos de vida e nos requisitos da sociedade (Lemos, 2012).

Quanto à idade, a maioria dos estudos consultados apontam para uma faixa etária entre os 30-80 anos de idade (Machado, 2012; Lemos et al., 2012; Rocha e Pereira, 2013; Martins, Corte e Marques, 2014; Almeida, 2016). No estudo de Miranda (2013), Gonçalves (2013), Trindade, Almeida, Romão, Rocha, Fernandes, Varela e Braga (2017) e Gayoso, Avila, Silva e Alencar (2018), as idades dos CI's situam-se entre os 60-80 anos. A idade dos cuidadores está

condicionada pela idade de quem carece de cuidados, sendo que quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será quem cuida.

Cerca de 70% dos CI's de idosos dependentes são casados (Figueiredo, 2007), seguidos dos solteiros e divorciados/separados, indo ao encontro aos resultados dos estudos de Machado (2012); Torres, Costa e Abreu (2013); Faria, Toipa, Lamela e Bastos (2013); Cachada (2014), Martins (2016).

Relativamente ao grau de parentesco verifica-se que os cônjuges e as filhas são os principais familiares a assumir o papel de cuidador informal. Nos casos em que não existe uma filha, é o filho que assume a responsabilidade dos cuidados, embora acabe por transferir a responsabilidade para a sua esposa (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; Ramos, 2012; Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Cachada, 2014; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014).

Quanto às habilitações literárias, a generalidade dos estudos consultados descreve que os CI's frequentaram estudos correspondentes ao 1º ciclo do ensino básico, ou seja, predominam na sua maioria baixos níveis de escolaridade (Gomes, 2012; Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Lemos, Magalhães e Mata, 2013; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014; Martins, Corte e Marques, 2014).

Nos estudos abordados durante a pesquisa bibliográfica, constatamos que os CI's, na sua maioria e relativamente à situação laboral, se encontram reformados, o que indica que poderá existir maior disponibilidade para cuidar do familiar idoso dependente (Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Ferreira 2013; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014; Gaspar 2015).

A coresidência afigura-se como um fator fundamental na adoção do papel de cuidador informal, pois emerge a proximidade física e afetiva existente entre cuidador e o idoso dependente, indo ao encontro do verificado nos estudos consultados (Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Martins, Corte e Marques, 2014; Cachada, 2014; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014; Castro et al., 2015). Nos casos de maior nível de dependência a coresidência assume relevância extrema, pois impõe-se a necessidade de maior acompanhamento do idoso dependente (Sequeira, 2010).

### **2.2.2- Papel do cuidador informal**

É através da atenção que providenciamos ao próximo, que cada ser humano cuida, não só com vista à autossatisfação e engrandecimento pessoal, mas também com o grande propósito de providenciar o bem-estar de quem se cuida. Trata-se, desta forma, de uma atitude altruísta que nos transporta para saber bem-fazer, centrando o cuidar no bem-estar dos outros.

Cuidar orienta o ser humano a um modo de estar na vida, com a finalidade de providenciar atenção ao próximo e ao mundo. Consiste num meio de atenção para com alguém quando a acolhemos, dando sobretudo atenção ao seu bem-estar e à satisfação plena das suas necessidades.

Cada um de nós, consoante as suas vivências e o seu projeto de vida, atribui à palavra cuidar um significado diferente. Conforme a situação em que cada um de nós se encontra, a palavra cuidar assume um sentido. Contudo existe um ramo comum em qualquer uma das situações em que se emprega a palavra cuidar, isto é, providenciar atenção a alguém com vista a que continue a existir de acordo com as suas necessidades e os seus projetos (Honoré, 2004).

A premência de cuidados a idosos dependentes tem vindo a aumentar de uma forma significativa, devido à ocorrência de diversos fatores, tais como o envelhecimento populacional (maior número de pessoas com mais de 80 anos); o aumento da esperança média de vida; os avanços da medicina, possibilitando a sobrevivência de pessoas com doenças e/ou vítimas de acidentes graves e as dificuldades de apoio informal devido aos novos modelos de família e à integração da mulher no mercado de trabalho (Sequeira, 2010).

De acordo com Nascimento (2014), o contexto domiciliário é considerado como um ambiente de excelência para a prestação de cuidados a idosos dependentes e é, neste sentido, que o incontestável papel dos CI's deve ser valorizado. Assim sendo, os CI's surgem da importância de cuidar dos idosos nas suas casas, tarefa que geralmente se revela árdua com o passar dos tempos. Neste processo de prestação de cuidados a aprendizagem torna-se permanente em função das necessidades do idoso cuidado, que variam de acordo com o nível de dependência.

É no ambiente familiar que normalmente se processa a adoção do papel de cuidador e, segundo Sequeira (2007), foram identificadas como principais razões: iniciativa própria, decisão familiar e ser a única pessoa disponível para cuidar. O assumir do papel de cuidador, geralmente, não advém de uma escolha livre e ciente, pois o cuidador na maioria das situações apresenta alguma dificuldade em saber quando iniciou a sua função de cuidar.

Félix (2008) e Sousa et al. (2006) apontam, como fatores que influenciam esta decisão, a coabitação, a proximidade geográfica, a diminuta oferta e, consequente, a qualidade de serviços por parte das instituições prestadoras de cuidados e o papel da família responsável pelos cuidados aos seus elementos.

Para Sousa et al. (2006) no momento de assumir o papel de cuidador informal encontram-se presentes motivações que envolvem uma série de razões revestidas pela tradição, pelos papéis sociais, pelo dever, pela própria cultura e pela história individual familiar.

Por seu lado, Araújo (2010) ressalta que o papel do cuidador informal é exercitado ao longo da vida, nomeadamente através de experiências vividas, ou tentativa e erro, sendo que esta prática diária contribui para construir conhecimento e habilidade para a prestação de cuidados.



Nos casos em que é o cônjuge a responsabilizar-se pelos cuidados ao idoso dependente, verifica-se, segundo Sousa et al. (2006), uma motivação intrínseca, ou seja, uma solidariedade vitalícia conjugal, pois os votos do casamento assim o lembram: para o bem e para o mal... na saúde e na doença. As mesmas autoras destacam que a solidariedade também se reconhece nas relações filiais, particularmente quando são os filhos a assumir o papel de CI's, sendo notório o surgimento de valores como o amor e a gratidão. Contudo existem situações de envolvimento familiar na prestação de cuidados ao idoso dependente, nas quais o vislumbre de alguma herança ou interesse económico, coloca o interesse na assunção deste papel.

Sequeira (2010) salienta que o papel do cuidador informal pode afigurar-se em três grandes áreas, conforme o nível de dependência do idoso, sendo elas de apoio de informação e orientação (estratégias e apoio para resolução de problemas), apoio emocional (partilha de afetos, contribuindo para a autoestima da pessoa dependente) e apoio instrumental (prestação de cuidados a pessoas que por si só não o conseguem fazer).

Na perspetiva de Ramos (2012) e Pereira (2013), o cuidador informal desempenha tarefas domésticas, tais como: arrumar e limpar a casa, preparar refeições, efetuar compras; assistência no autocuidado, gestão de consultas e suporte psicológico ao familiar idoso. O último autor chega mesmo a referir que um cuidador informal chega a desempenhar funções de enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, entre outras profissões, não sendo remunerado para tal.

O cuidador informal assume um papel bastante vasto e ativo e neste sentido Sequeira (2010:179) destaca um conjunto de funções que este enfrenta:

- Providenciar uma vigilância de saúde adequada e efetuar a ligação entre o idoso (...) e os serviços de saúde;
- Promover a autonomia e a independência;
- Promover um ambiente seguro no domicílio e no exterior;
- Adaptar o ambiente de modo a prevenir os acidentes;
- Assegurar um ambiente confortável e um sono adequado;
- Promover a participação/envolvimento familiar;
- Supervisionar a atividade do idoso;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Promover a manutenção ou a estimulação pelo interesse no desenvolvimento de um projeto pessoal, história de vida, religião, etc.);
- Estimular a manutenção de uma ocupação /atividade;
- Supervisionar/ incentivar as atividades de lazer e sociais;
- Supervisionar, ajudar ou substituir ao nível das atividades de vida diária (Atividades básicas de vida diária - ABVD e Atividades instrumentais de vida diária - AIVD): autocuidado (higiene corporal, mobilidade, segurança, alimentação, etc.), utilizar o telefone, uso do dinheiro, fazer compras, cozinhar, cuidar do jardim, etc.;
- Prestar outros cuidados de acordo com cada contexto específico e segundo as orientações dos profissionais de saúde que assistem o idoso.

Existem diferentes tipologias de prestação de cuidados que se devem adequar tendo em conta o nível de dependência do idoso, devendo ser articuladas entre si. Para Sequeira (2010), o desempenho do cuidador informal ao idoso dependente é influenciado, fundamentalmente por:

- Tipo/frequência da necessidade de cuidados – de acordo com a saúde, capacidade funcional e cognitiva, alterações psicocomportamentais, alterações da comunicação, etc.
- Contexto do idoso dependente – condições habitacionais, tipo de ajudas (formal e informal), condições económicas do idoso, etc.
- Contexto do cuidador- saúde física, disponibilidade, relação afetiva, condições psicológicas, etc.

Por seu lado, Martins (2006) categoriza os cuidados informais ao idoso dependente, tendo em conta a sua natureza, em: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protetores. Os cuidados antecipatórios são aqueles que se adiantam relativamente às necessidades reais do idoso, no que concerne à saúde e segurança, exigindo uma grande atividade mental por parte do cuidador. Os cuidados preventivos têm como objetivo evitar a doença, prevenir ou retardar a deterioração física e mental. Os cuidados de supervisão implicam que o cuidador esteja especialmente atento a súbitas alterações no estado de saúde do idoso dependente. Os cuidados instrumentais incluem as ações que o cuidador informal executa pelo idoso dependente, que não consegue realizar de forma autónoma. Por outro lado, os cuidados protetores estão relacionados com a proteção da autoimagem e da identidade, nomeadamente, quando estas são ameaçadas, como por exemplo impedir que o idoso se aperceba da inversão de papéis.

Embora a família e prestador de cuidados se sintam seguros para acompanhar o idoso, quer na reabilitação física quer no acompanhamento psicológico, torna-se essencial que exista um momento em que sejam fornecidas orientações no sentido de dar continuidade aos cuidados necessários para o idoso dependente atingir o seu bem-estar, nomeadamente por nós enfermeiros.

Carvalho e Silva (2013) mencionam que o ato de cuidar de um idoso dependente consiste numa tarefa por vezes difícil, envolta em dúvidas e medos, dado que o cuidador informal se depara com a prestação de novas funções, para as quais não se sente preparado e, neste sentido, carece de saberes e competências para melhor cuidar. A formação e a informação adequadas a cada situação devem ter como objetivo ultrapassar dúvidas e o desconhecimento, pois com o aumento significativo dos idosos em situação de dependência, torna-se fundamental capacitar as comunidades e mais especificamente as famílias, para uma prestação de cuidados adequados a situações diversas e complexas, pois o cuidar constitui uma preocupação constante dos CI's.

### 2.3- DIFICULDADES DO CUIDADOR INFORMAL

Os CI's constituem um grupo de extrema importância na prestação de cuidados aos idosos dependentes, tornando-se um importante alvo de atenção dos profissionais de saúde, na medida em que manifestam dificuldades e necessidade de ajuda em variadas situações (Gaspar, 2015).

Como Ferreira (2012) bem evidencia, o cuidador informal torna-se na personagem impercetível, por muitos esquecida, mas o responsável pela prestação de cuidados ao idoso dependente e pela conservação do seu bem-estar e qualidade de vida. Na realidade e na maioria das situações, o cuidador informal acaba por se envolver de tal forma neste processo de cuidar que, muitas vezes, passa para terceiro plano e daí surgirem as dificuldades, sentimentos de dúvida e impotência, como consequência da falta de informação, apoio económico e emocional.

O familiar cuidador, durante a prestação de cuidados, depara-se com uma série de dificuldades resultantes de obstáculos decorrentes da dependência total ou parcial do idoso cuidado. Estas dificuldades são agravadas pela ausência de instruções e conhecimentos que, por si só, originam estados de ansiedade no cuidador informal (Cardoso, Mazza, Ricci e Vieira, 2012).

Com vista a colmatar estes efeitos surge a necessidade de identificar e clarificar quais as dificuldades dos CI's, nomeadamente: o grau de dependência do idoso cuidado, a informação prévia acerca da patologia ou outros antecedentes do idoso, estado psicológico e condição física do cuidador informal, apoio de outras pessoas na prestação de cuidados, condições económicas, facilidade de acesso a serviços de apoio, compatibilidade entre a profissão e a prestação de cuidados, a coresidência, entre outros (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006; Cordeiro, 2011).

Segundo Floriano, Azevedo, Reiners e Sudré (2012) prestar cuidados de saúde exige um conjunto de conhecimentos, habilidades e, neste âmbito, o cuidador familiar necessita de se adaptar e conviver com as alterações que acontecem na vida do idoso dependente. Ser cuidador informal é o assumir de uma desmedida responsabilidade com bastantes dificuldades associadas, sendo que, para uns se torna uma tarefa gratificante e, para outros, é sinónimo de sobrecarga.

O processo de cuidar acarreta algumas modificações, nomeadamente ao nível das relações familiares e sociais (Figueiredo, 2007). Neste contexto, são raros os CI's que não referem dificuldades na relação com o idoso dependente, na relação conjugal, nas relações filiais, com a restante família e fora do âmbito familiar.

De acordo com a autora supramencionada, para alguns cuidadores, a prestação de cuidados é uma ocupação exclusiva, enquanto que para outros se trata de uma atividade cumulativa com a sua atividade laboral. Tal situação pode ser salutar, mas por outro lado prejudicial para o cuidador, isto é, poderá ser favorável na medida em que pode constituir um momento de escape às tarefas de cuidar, alterando a rotina diária e permitindo o convívio social,

com a vantagem de ser uma mais-valia monetária, colmatando as dificuldades financeiras. Imaginário (2008) aponta para existência de um dilema em determinadas situações: trabalhar ou cuidar? Dado que, perante uma situação de dependência grave do idoso cuidado, a necessidade de prestação de cuidados torna-se mais exigente, incompatibilizando-se com uma atividade laboral. Na perspetiva de Brito (2002), estas circunstâncias adversas experienciadas em situações de preocupação constante, discórdia, perda, crispação, luto, facilmente resultam em estados de morbilidade acrescida para os CI's.

Figueiredo (2007) menciona que o cuidador informal despende muito tempo e dedicação na prestação de cuidados ao idoso dependente, tempo este que previamente era passado com os amigos ou na realização de atividades de lazer. O cuidador passa a não ter tempo para si próprio e nas ocasiões que o faz, é invadido por sentimentos de culpa (Ramos, 2012; Cordeiro, 2011)

Neste âmbito, torna-se premente proceder à identificação das necessidades do cuidador informal, mas tal processo afigura-se algo complexo, pois os próprios cuidadores apresentam alguma contrariedade em nomear e imaginar as suas dificuldades. Todavia evidenciamos alguns tipos de necessidade (Figueiredo, 2007 e Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006):

**Necessidade de apoio domiciliário e ajudas técnicas:** incluem fundamentalmente os cuidados de enfermagem e higiene, bem como apoio nas atividades domésticas (preparação de refeições, higiene da habitação e roupa) e aquisição de ajudas técnicas (cadeiras de rodas, camas articuladas, arrastadeiras, andarilhos, entre outros) na medida em que irão, com certeza, facilitar o trabalho do cuidador informal.

**Necessidade de apoio financeiro,** visto que a prestação de cuidados constitui um encargo financeiro, principalmente para as classes sociais com rendimentos económicos mais inferiores que cuidam de idosos com níveis de dependência mais elevados. Esta necessidade pode ser suprida se for atribuído o complemento por dependência, aos beneficiários com rendimentos inferiores e dependentes de terceiros (Ministério da Saúde, 2014).

**Necessidade de apoio psicossocial:** trata-se da necessidade que muitos cuidadores manifestam, na medida em que se torna importante a existência de uma pessoa que os escute acerca das suas preocupações, experiências e dificuldades resultantes da prestação de cuidados e, concomitantemente, lhes reconheça o seu papel de cuidador informal. Neste sentido, a realização de intervenções grupais é considerada uma ferramenta adequada às necessidades do cuidador informal, que visa melhorar a qualidade de vida deste e o seu desempenho na prestação de cuidados, sem se esquecer dele próprio (Simões, 2013).

**Necessidade de tempo livre,** a qual consiste em possibilitar ao cuidador informal algum tempo livre para realizar atividades que sejam do seu agrado, permitindo-lhe usufruir de momentos dedicados a si próprio. Atualmente encontra-se previsto na lei o denominado descanso

do cuidador, ou seja, é possível fazer internamentos provisórios na rede de cuidados continuados por um período máximo de 90 dias por ano, sendo que todas as unidades têm vagas previstas para estas situações (DR, 2017).

**Necessidade de informação e formação**, sobretudo quando a dependência surge abruptamente. A necessidade de informação acerca dos apoios disponíveis emerge, pelo que a informação deve ser disponibilizada de forma organizada, existindo nomeadamente nas redes sociais e internet manuais do cuidador (Ministério da Saúde, 2014). Com o aumento do nível de dependência, a necessidade de formação acerca de conhecimentos que enriqueçam a prestação de cuidados ao idoso dependente, é apontada por muitos cuidadores.

Para que a família desempenhe o seu papel de cuidador informal do idoso dependente é primordial o apoio na prestação de cuidados, fundamentalmente o proporcionar de informação adequada acerca das alterações que possam ocorrer neste processo e a forma de atuação perante a situação. Só desta forma a família e o idoso dependente poderão assumir o controlo, diminuindo os níveis de ansiedade e a manifestação de dificuldades.

Perante este cenário, torna-se importante avaliar as dificuldades dos familiares cuidadores, visto que estes assumem um papel crucial na prestação de cuidados ao idoso dependente no domicílio.

Brito (2002) e Sequeira (2010) avaliam as dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso dependente através do Índice de Avaliação da Dificuldades do Cuidador (CADI). Este instrumento encontra-se organizado em sete fatores: os problemas relacionais com o idoso dependente, as reações ao cuidar, as exigências de ordem física na prestação de cuidados, as restrições na vida social, o apoio familiar, o apoio profissional e os problemas financeiros.

Este instrumento possibilita o reconhecimento do tipo de dificuldades no processo de cuidar do idoso dependente e como cada prestador de cuidados percebe e vivencia essas mesmas dificuldades. Estas informações são consideradas bastante pertinentes para o profissional de saúde, no sentido de determinar um plano específico de cuidados ou intervenções que visam responder às necessidades singulares de cada cuidador (Sequeira, 2010).

Os CI's apresentam uma série de dificuldades na sua tarefa de cuidar; através da sua identificação e clarificação os profissionais de saúde poderão desenvolver medidas que contribuam para o êxito a longo prazo dos cuidados domiciliários (Figueiredo, 2007).

A capacitação dos prestadores de cuidados está interligada com os conhecimentos que estes possuem e, conseqüentemente, com as crenças da sua capacidade para executarem determinadas tarefas, pelo que é primordial que exista uma preparação, formação, integração e

acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados, tendo os enfermeiros um papel fundamental em todo este processo.



### **3. O PAPEL DO ENFERMEIRO NO APOIO À FAMÍLIA**

Independentemente de o assumir do papel de cuidador ter sido ou não uma opção, poderão despontar uma série de dificuldades e situações relacionadas com os conhecimentos deficitários, ou mesmo ausentes, necessários à prestação dos cuidados ao idoso dependente (Peixoto e Machado, 2016).

Marques (2007) alude que uma das principais implicações que advém do estudo dos CI's, para a prática dos profissionais de saúde, como profissionais do cuidar, é que se torna primordial direccionar os cuidados, não exclusivamente para o idoso, mas também para o cuidador informal, dado que o bem-estar de um se reflete na qualidade de vida do outro.

Ferreira et al. (2012), após a análise de diversos estudos, perceberam que os cuidadores descrevem uma contradição de sentimentos, que vão desde o sentir-se bem e feliz ao sentir-se descontente e incompetente. É notório que os CI's relatam que se trata de uma tarefa trabalhosa e espinhosa, mas ao mesmo tempo agradável, pois cuidam dos seus entes queridos e de quem cuidou de si, dispensando, em determinadas situações, sentimentos de desconfiança quanto à qualidade dos cuidados prestados. A maioria dos cuidadores familiares não foi esclarecida durante o internamento a respeito da doença, sua evolução e cuidados a serem prestados no domicílio. Realçaram desta forma que seria indispensável a intervenção do enfermeiro de família, de forma a colmatar o défice de conhecimentos do cuidador familiar, ajudando a que este se transforme no suporte da pessoa incapacitada.

O estudo de André, Nunes, Martins e Rodrigues (2013) expressa as evidências de que as variáveis psicológicas prognosticam a saúde mental dos CI's. Assim sendo, torna-se premente que sejam tidas em linha de conta, quando se planeiam boas práticas de enfermagem, para o seu atendimento e se seleccionam estratégias atenuantes do impacto do stresse da sobrecarga associado à sobrecarga do cuidador.

Neves (2012) vem salientar o papel dinamizador do enfermeiro no acesso aos cuidados de saúde e o facto de se terem reconhecido as suas aptidões técnicas e relacionais, tão importantes na gestão de determinadas situações. Este autor constatou que os enfermeiros reconhecem que as suas funções podem ser mais amplas, no sentido de liderar e coordenar serviços de continuidade, garantindo o seguimento e a integração numa perspetiva longitudinal, por forma a contribuir para as abordagens interdisciplinares nos cuidados de saúde primários. Desta forma, consegue-se então melhorar a assistência aos indivíduos, com o objetivo de suprir as necessidades de saúde da comunidade.

O enfermeiro, com enfoque na comunidade, tem como meta a promoção de estilos de vida saudáveis, a prevenção da doença e transmissão de informação, no sentido de educar para a



saúde. A enfermagem comunitária consiste numa parceria entre a enfermagem e a comunidade, na qual são partilhadas intervenções, com vista à obtenção de mudanças comportamentais saudáveis. O papel do enfermeiro na comunidade é considerado exclusivo, tendo em conta o seu alvo de intervenção, pois o local da prática é a comunidade e o foco é o indivíduo ou a família. O enfermeiro e a comunidade trabalham em parceria com o desígnio de obter mudanças saudáveis ao nível dos comportamentos/estilos de vida. Para tal, este profissional de saúde, tem que demonstrar competência nos cuidados diretos e individuais, centrar a família como unidade de cuidados e repartir a intervenção com esta.

A OE (2014) considera primordial o envolvimento da família como alvo dos cuidados de Enfermagem, no sentido de a capacitar para o desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável nos seus constantes processos de mudança. A configuração dos Cuidados de Saúde Primários tem em vista a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, permitindo prestar cuidados centrados na família.

A metodologia de trabalho por enfermeiro de família revela-se uma realidade nos sistemas de saúde, tendo sido o conceito de enfermeiro de família introduzido pela OMS e, atualmente, contemplado em DR – Decreto-lei n.º 118/2014. Com o surgimento do enfermeiro de família, o papel da enfermagem nas atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, assume especial realce, na medida em que se assume como elemento integrante da equipa multidisciplinar, em cuidados de saúde primários, em que fundamenta as suas ações no conhecimento do indivíduo em contexto familiar e na comunidade.

Atualmente a importância que a família assume nos cuidados de saúde primários é bastante clara e explícita em vários documentos, tais como nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, com a criação das unidades de Saúde Familiar e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (DR, 2018). A família é considerada como a unidade de cuidados, sendo que o enfermeiro especialista tem como função promover a capacitação da mesma, face aos requisitos do seu desenvolvimento, com base nos três níveis de prevenção e considerando-a como um todo.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública desenvolve a sua prática, de um ponto de vista global, direcionado para e na comunidade, de acordo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (DR, 2018:19354), nomeadamente:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde [sic];
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Os cuidados de saúde primários têm assumido ao longo dos últimos anos, uma especial ênfase devido, sobretudo, às mudanças no perfil demográfico das populações, nos indicadores de morbilidade e na emergência das doenças crónicas. Daqui surge a necessidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e saúde pública em providenciar resposta aos problemas de saúde da comunidade, fundamentado no seu conhecimento acerca da capacidade de resposta das pessoas às adversidades impostas pela doença. O enfermeiro especialista foca a sua atenção nas pessoas, grupos ou comunidades, proporcionando-lhes ganhos efetivos em saúde (OE, 2010).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública surge como o profissional de saúde a quem é reconhecido o papel de promotor de saúde por excelência, evidenciado pela OE no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, especificamente: “(...) na procura permanente da excelência do exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde” (DR, 2015b:16483).

Martins, Corte e Marques (2014) demonstram a necessidade dos profissionais de saúde nortearem a sua ação para os CI's promovendo a sua capacitação, através de intervenções que solucionem as dificuldades percecionadas, de forma a minimizar o impacto negativo associado à prestação de cuidados.

Ferreira et al. (2012) vão ao encontro das autoras supramencionadas, ao concluírem no seu estudo que o enfermeiro de família tem em consideração as expectativas e o conceito de qualidade de vida dos utentes e suas famílias, recrutando os recursos disponíveis na comunidade, ajustando-os às necessidades reais e sentidas, através de uma visão holística, o que possibilita o seu verdadeiro empoderamento nas tomadas de decisão de saúde. Constatou-se que a maioria dos cuidadores familiares não foram esclarecidos durante o internamento acerca da doença, sua evolução sobre os cuidados a serem prestados aquando da alta, no domicílio, sendo necessário a intervenção do Enfermeiro de Família, de forma a colmatar o défice de conhecimentos do cuidador familiar, ajudando a que este se transforme no suporte da pessoa dependente.



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## 4-FASE METODOLÓGICA

Atualmente, a investigação em enfermagem, particularmente na área da reorganização dos cuidados em contexto de proximidade, adquire uma grande relevância promovendo o desenvolvimento de conhecimento científico e, conseqüentemente, um constante progresso da mesma (Fortin, 2009).

A descrição da fase metodológica torna-se indispensável em qualquer trabalho de pesquisa, pois irá proporcionar a quem investiga um guião que orienta, descreve e explica as etapas do processo de análise do fenómeno em estudo. O investigador determina os meios para obter resposta às questões de investigação formuladas durante a fase concetual (Fortin, 2009).

Neste capítulo iremos expor o tipo de estudo, a questão e os objetivos de investigação, as variáveis e sua operacionalização, a população e amostra selecionada bem como os instrumentos de colheita de dados utilizados. Por último, os preceitos éticos e legais tidos em consideração na recolha de dados e as estratégias usadas no tratamento destes.

### 4.1-PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

Na perspetiva de Fortin (2009) numa investigação descritiva e quantitativa ocorre a descrição de conceitos, de fatores ou de populações. Este método caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos.

O envelhecimento populacional tem sido referenciado em diversos estudos demográficos, como um dos mais importantes fenómenos do séc. XXI. O progresso científico e tecnológico, acompanham o aumento da esperança média de vida e uma acentuada diminuição da natalidade, o que tem contribuído significativamente para o aumento da faixa populacional idosa (Figueiredo, 2014). O envelhecimento nos dias de hoje é considerado uma realidade à qual ninguém consegue escapar e, gradualmente com o avançar da idade, surge a debilidade, tendo como consequência a doença física ou psíquica.

Embora o processo de envelhecimento demográfico tenha adquirido uma dimensão mundial, manifesta-se de modo particularmente notório na Europa e, concretamente em Portugal, a um ritmo marcadamente acelerado, condicionado pela rapidez com que baixaram os níveis de mortalidade e de fecundidade (Rosa, 2012). Com o aumento do número de indivíduos mais velhos, as necessidades e a procura de cuidados de saúde aumentam, acarretando maior risco de

doenças crónicas, dificuldades na mobilidade, visão e audição e, por sua vez, perda progressiva de autonomia, com maior dependência do apoio exterior, familiar ou social.

Em Portugal entre 2012 e 2017 a proporção de jovens, relativamente ao total de população residente, regrediu de 14,8% para 13,8%; por outro lado, a percentagem de pessoas idosas aumentou de 19,4% para 21,5%. Por conseguinte, o índice de envelhecimento<sup>3</sup> aumentou de 131,1 para 155,4 idosos por cada 100 jovens (INE, 2018). Uma pessoa em situação de dependência necessita da ajuda de outra para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, ou seja, “exige” um cuidador. Desta forma, o cuidador é o “indivíduo: aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente” (CIPE, 2016: 143).

Segundo Ferreira et al. (2012), a escolha de um cuidador surge após o sentimento de obrigação de cuidar do idoso dependente, pois outrora também já cuidou de si. O cuidador informal do familiar idoso é um fator decisivo na reabilitação da funcionalidade da pessoa dependente, mas geralmente, este não tem formação para os cuidados que vai ter que desenvolver.

Tendo a noção da importância do papel desempenhado pelos CI's e da necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para as dificuldades destes, bem como da importância de educar e elucidar, no sentido de facilitar a prestação de cuidados, justifica-se a necessidade de realizar um estudo que permita caracterizar as dificuldades dos CI's de idosos dependentes referenciados numa ECCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

#### 4.2 - TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo que pretendemos realizar é de cariz quantitativo, descritivo, transversal e correlacional.

A metodologia quantitativa é particularmente estruturada para conceber, de modo exato, dados confiáveis mediante condições controladas com recurso a procedimentos estatísticos para tratamento da informação (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Neste sentido, após a sua descrição concetual podem estabelecer-se ligações entre eles, conduzindo a um estudo correlacional. Trata-se de um estudo transversal, na medida em que possibilita a avaliação da prevalência de um acontecimento num determinado momento (Fortin, 2009).

---

<sup>3</sup> Índice de envelhecimento - Relação entre a população idosa e a população jovem, traduzida pelo quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 - 14 anos.

### 4.3 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Baseados na problemática anteriormente descrita e no fundamento de que cuidar de um idoso dependente se revela um processo, do qual poderão surgir dificuldades por parte do cuidador informal, surge a questão de investigação que fundamentou a nossa pesquisa, especificamente “Quais as dificuldades percebidas pelos CI’s de idosos dependentes referenciados numa ECCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?”.

### 4.4- OBJETIVOS

Conscientes da problemática levantada e de acordo com a questão de investigação, acima descrita, foi formulado o objetivo geral: Caracterizar as dificuldades dos CI’s de idosos dependentes referenciados na ECCI da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Por forma a responder mais pormenorizadamente à questão de investigação, foram traçados os seguintes objetivos específicos, nomeadamente:

- Identificar o perfil do cuidador informal do idoso dependente que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar as dificuldades percebidas pelo cuidador informal do idoso dependente que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar os fatores determinantes das dificuldades do cuidador informal do idoso dependente, que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar o perfil do idoso dependente, que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;
- Identificar o nível de dependência nas atividades de vida diária (AVD's) do idoso dependente que usufrui dos cuidados da ECCI no domicílio;

Com este trabalho pretendemos identificar o perfil dos CI’s e dos idosos dependentes, bem como, identificar as dificuldades na assunção do papel de cuidador ao idoso dependente. Neste sentido, será nossa intenção evidenciar as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no processo de capacitação e empoderamento do cuidador informal, como parte integrante das propostas de intervenção.

A capacitação dos prestadores de cuidados está interligada com os conhecimentos que estes possuem e, consequentemente, com as crenças na sua capacidade de executarem



determinadas tarefas, pelo que é fundamental que exista uma preparação, formação, integração e acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados.

Os CI's apresentam algumas dificuldades na prestação de cuidados e cabe aos profissionais de saúde identificar e intervir para, desta forma, desenvolver medidas que contribuam para o sucesso, a longo prazo, dos cuidados domiciliários com consequentes ganhos em saúde para todos os envolvidos neste processo.

#### 4.5- VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

As variáveis numa investigação, definem a qualidade ou características de pessoas, de objetos ou de situações estudadas, suscetíveis de mudar ou variar no tempo; normalmente tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados (Fortin, 2009). As variáveis podem ser classificadas em dependentes ou independentes, como elucidaremos em seguida.

Variáveis independentes: são as variáveis que se manipulam, com o objetivo de estudar os efeitos sobre a variável dependente (Fortin, 2009). Foram determinadas não só com o intuito de caracterizar os CI's e os idosos dependentes envolvidos no estudo, como também, com o objetivo de conhecer a sua relação com a variável dependente.

A variável dependente da nossa investigação é traduzida pelas dificuldades dos CI's do idoso dependente, avaliada através da aplicação do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).

No que diz respeito às variáveis independentes, estas encontram-se organizadas da seguinte forma:

Características do perfil do CI: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão e rendimento mensal do agregado familiar;

Características do contexto da prestação de cuidados: grau de parentesco, coabitação, tempo de prestação de cuidados, frequência de prestação de cuidados, horas despendidas diariamente na prestação de cuidados e principais cuidados prestados;

Características do perfil do idoso dependente: sexo, idade, principais doenças e nível de independência, avaliada através do índice de Barthel.

Quanto à sua operacionalização definimos o seguinte:

**Sexo:** variável dicotómica que assume duas dimensões: masculino e feminino

**Idade:** Expressa em anos. Com o objetivo de operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta, à qual o inquirido responde com um número inteiro, tendo por referência o seu ano de nascimento.

**Estado civil:** categorizamos esta variável neste estudo, através de uma questão fechada, na qual são contempladas as seguintes situações: solteiro(a); casado (a) / em união de facto; divorciado(a) e viúvo(a).

**Habilitações literárias:** podem ser consideradas como um conjunto de conhecimentos adquiridos pelo homem durante a escolaridade, com o respetivo título ou prova documental. Nas habilitações literárias os sujeitos da amostra poderão ser classificados de acordo com a Portaria nº782/2009, de 23 de julho, tendo por referência um dos seguintes indicadores: não sabe ler nem escrever; sabe ler e escrever; 1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; ensino secundário; curso técnico-profissional ou equivalente; bacharelato; licenciatura; mestrado e doutoramento.

**Situação laboral:** é operacionalizada através de uma questão fechada e apresenta os seguintes indicadores de avaliação: empregado, desempregado, reformado e outros.

**Profissão:** variável operacionalizada através de uma questão aberta. No sentido de simplificar a análise da variável profissão do cuidador, efetuámos o agrupamento das profissões dos diferentes indivíduos que constituem a amostra em função dos grandes grupos previstos na Classificação Portuguesa de Profissões 2010 (CPP, 2010), integrada no mais recente quadro internacional (CITP/ISCO/2008), que substituiu a Classificação Nacional de Profissões 1994 (CNP/94) do Instituto do Emprego e Formação Profissional harmonizada com a CITP/1988 (INE, 2011).

Assim foram incluídas as diferentes profissões nos seguintes grandes grupos previstos:

- 1 - Profissões das Forças Armadas
- 2 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos
- 3 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas
- 4 - Técnicos e profissões de nível intermédio
- 5 - Pessoal administrativo
- 6 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores

7 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta

9 - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices

10 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

11 - Trabalhadores não qualificados

**Rendimento mensal do agregado familiar:** na nossa investigação considerámos a operacionalização desta variável tendo por referência o valor em euros, relativo ao rendimento mensal líquido atual. A Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro no seu artigo 258 considera que o rendimento mensal ou a retribuição é “a prestação a que, nos termos do contrato, das normas que o regem ou dos usos, o trabalhador tem direito em contrapartida do seu trabalho” (Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro: 978). Assim, agrupou-se da seguinte forma o rendimento auferido pelos inquiridos (tendo o intervalo das classes, resultado dos múltiplos do valor dessa retribuição mínima mensal para o ano de 2016 que é de 530 euros, como consta no Decreto-Lei n.º 254-A/2015 de 31 de dezembro): inferior a 530 €; entre 530 a 1060 €; entre 1060 a 1590 € e superior a 1590 €.

**Grau de parentesco:** é uma variável nominal, operacionalizada por uma questão mista, com as seguintes categorias: marido/companheiro; mulher/companheira; filho/enteado; filha/enteada; neto; neta; nora; genro; irmão; irmã; tio; tia; sobrinho; sobrinha; amigo; amiga; vizinho; vizinha e outro (especifique).

**Coabitação:** variável dicotómica, sendo operacionalizada da seguinte forma: sim ou não, se não vive com o idoso, especificar através de uma pergunta aberta a que distância se encontra da sua casa, em quilómetros.

**Agregado familiar:** variável dicotómica operacionalizada através do número de crianças e adultos pertencentes ao agregado familiar.

**Tempo de prestação de cuidados:** elaborámos uma questão mista permitindo a operacionalização desta variável em semanas, meses e anos, especificando numa pergunta aberta o tempo específico que dedica à prestação de cuidados.

**Área de residência:** variável com duas opções de resposta, meio rural ou meio urbano.

**Frequência na prestação de cuidados /Tempo despendido diariamente:** através de uma questão mista, operacionalizámos esta variável sob três dimensões: diariamente (o cuidador informal presta cuidados ao idoso até um limite de 24 horas), semanalmente (o cuidador informal apenas presta cuidados ao idoso dependente, em média, uma semana por mês) e mensalmente (o cuidador informal assume a tarefa de prestação de cuidados, em média, um mês por ano). Em cada uma das opções existe uma questão aberta, através da qual se especifica o número de horas diárias de prestação de cuidados ao idoso dependente.

**Principais cuidados prestados:** elaborámos uma questão com várias hipóteses de resposta que varia segundo diferentes categorias, especificamente: alimentação, vestir/despir, higiene pessoal e conforto, higiene da habitação, tratamento da roupa, medicação e outro (questão aberta).

**Experiência prévia de prestação de cuidados a idosos dependentes:** variável considerada dicotómica, assumindo duas dimensões sim e não, no sentido de saber se é ou não a primeira vez que cuidam de um idoso.

Na segunda parte do questionário, pretendemos obter dados referentes ao idoso dependente.

Relativamente aos dados pessoais do idoso dependente (sexo e idade) seguiu-se a mesma operacionalização definida na primeira parte do questionário.

**Causa da necessidade de cuidados ao idoso dependente por parte de um CI:** esta variável irá ser operacionalizada por uma questão aberta.

**Principais doenças do idoso dependente:** esta questão permite a identificação de algumas das principais patologias que afetam os idosos, tendo-se recorrido aos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH), que categoriza as doenças de acordo com uma especialidade médica (Portaria nº 567/2006 de 12 de junho). Colocada uma questão aberta para identificação de alguma situação específica.

**Nível de independência:** O nível de independência no idoso irá ser avaliado pela aplicação do Índice de Barthel, concebido por Mahoney e Barthel em 1965. Este índice tem como objetivo quantificar e monitorizar a dependência ou independência dos indivíduos para a realização das atividades básicas de vida diária. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) e corresponde a uma versão modificada, composta por dez itens, em que cada uma das dez atividades é avaliada em níveis de dependência. A sua cotação global oscila entre 0 - 20 pontos; quanto menor for a pontuação, maior é o nível de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte (Araújo et al., 2007):

- Dependência total - entre 0 e 8 pontos;
- Dependência grave - entre 9 e 12 pontos;
- Dependência moderada - 13 e 19 pontos;
- Independência total - 20 pontos.

Este índice avalia a capacidade que as pessoas têm na realização de dez atividades de vida diária: alimentação; vestir; banho; higiene corporal; uso de casa de banho; controlo intestinal; controlo vesical; transferência da cadeira para a cama; deambular e subir escadas. Este instrumento é amplamente utilizado no *SClínico* e pela RNCCI.

Relativamente à variável dependente, Fortin (2009) refere que se trata da variável que sofre os efeitos da variável independente e como já referimos anteriormente, no nosso estudo consiste nas dificuldades dos CI's, que irão ser avaliadas através da aplicação do Índice de avaliação das dificuldades do cuidador: CADI (*Carers Assessment of Difficulties Index*). Recorremos a este índice, da autoria de Nolan e colaboradores (1996), o qual foi traduzido e validado para a população portuguesa por Barreto e Brito. O CADI é constituído por trinta potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar do idoso e suas consequências na vida dos CI's em termos da sua saúde, relacionamento com o idoso dependente e restante família, aspetos económicos e de apoio dos profissionais (Brito, 2002).

Este índice estima as dificuldades percebidas pelo cuidador de idosos dependentes, obedecendo a uma estrutura de resposta tipo *likert* de quatro pontos, especificamente: *Acontece no meu caso e perturba-me muito; Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação; Acontece no meu caso, mas não me perturba ou Não acontece no meu caso*. No final do CADI existe ainda um espaço livre para, facultativamente, o inquirido relatar outras situações que julgue não estarem contempladas no questionário.

É considerado um índice fundamental para ser aplicado na área clínica e de investigação, pois permite mensurar, qualitativa e quantitativamente, as principais dificuldades do cuidador informal (Sequeira, 2010). As informações obtidas através da aplicação do CADI permitem ao profissional de saúde instituir um plano personalizado de cuidados que visam responder às necessidades próprias de cada cuidador (Brito, 2002). Os autores do CADI (Nolan e col., 1996; Brito, 2002) agruparam as questões relativas às dificuldades em sete fatores, de acordo com o descrito no Quadro 2.

**Quadro 2 - Fatores do CADI**

Fatores	Questões	Número de itens
<b>Problemas relacionais</b>	5, 11, 12, 14, 22, 25, 26	7
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	1, 2, 9, 17, 19, 29, 30, 3	8
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	6, 10, 13, 15, 23, 24	6
<b>Restrições na vida social</b>	8, 18, 20	3
<b>Deficiente apoio familiar</b>	16, 28	2
<b>Deficiente apoio profissional</b>	7, 27	2
<b>Problemas financeiros</b>	4, 21	2

Fonte: adaptado de Sequeira, 2010: 205.

#### 4.6-POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (2009:312) considera uma amostra: “uma fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas das populações devem estar presentes em todos os elementos da população [sic].”

No período em que ocorreu a recolha de dados estiveram inscritos 38 utentes com CI's, que usufruíram de cuidados de uma ECCI, sendo que 35 destes cuidadores cumpriram os critérios de inclusão.

Considerámos, deste modo, uma amostra não probabilística por acessibilidade, constituída por 35 CI's de doentes idosos dependentes ativos/efetivos, que constavam na base de dados da RNCCI de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), tendo em atenção que os participantes foram selecionados com base nos critérios de inclusão, nomeadamente:

- ✓ Ter idade superior a 18 anos e assumir o papel de cuidador principal do idoso dependente;
- ✓ Ser cuidador de um idoso em situação de dependência e inscrito numa ECCI;
- ✓ Idoso dependente com Índice de Barthel  $\leq 19$ ;
- ✓ Não receber qualquer tipo de remuneração pelos cuidados prestados ao idoso dependente;
- ✓ Apresentar aptidões cognitivas para poder participar no estudo;
- ✓ Aceitar e participar, de forma voluntária, no estudo, assinando o consentimento informado.

#### 4.7- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados foi realizada com recurso a um questionário, constituindo assim o nosso instrumento de colheita de dados (Apêndice A). Fortin (2009:380) define questionário como um: “(...) instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões. (...) tem por objectivos recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. [sic]”.

Concretamente, o instrumento de colheita de dados começa com uma breve introdução, na qual são mencionados os objetivos do trabalho e solicitada a colaboração livre e esclarecida dos CI's. É constituído por vinte questões abertas e fechadas, organizadas em três partes. Para além destas questões foram incorporados dois índices de avaliação aferidos e validados para a população portuguesa. A primeira parte diz respeito à caracterização sociodemográfica do cuidador informal do idoso dependente, bem como a caracterização do contexto da prestação de

cuidados. Na segunda parte do questionário encontra-se a caracterização do doente idoso dependente, onde, para além da descrição das patologias que apresentam, é avaliado o nível de independência através do Índice de Barthel.

Na terceira parte do questionário são avaliadas as dificuldades do cuidador informal, através da aplicação do CADI, constituído por trinta potenciais dificuldades, categorizadas em sete fatores.

#### 4.7.1 - Consistência interna dos Índices

A consistência interna de uma escala diz respeito à concordância entre todos os enunciados específicos que integram o instrumento de medida, sendo que a técnica mais vulgarmente utilizada para avaliar o grau de consistência interna de um índice de avaliação é o cálculo do coeficiente *alfa* ( $\alpha$ ) de *Cronbach*. Este coeficiente permite designar se cada enunciado da escala mede um determinado conceito da mesma forma que os restantes (Fortin, 2009).

No nosso estudo, a análise da fiabilidade do índice de Barthel apresenta um valor de *alfa de Cronbach* de 0,804 o que indica que, nesta amostra, o índice de Barthel apresenta boa consistência interna (Maroco e Garcia-Marques, 2006). No estudo de Araújo et al. (2007), o  $\alpha$  de *Cronbach* obtido foi de 0.96.

Relativamente ao CADI, a avaliação de fiabilidade através da análise de consistência interna pelo  $\alpha$  de *Cronbach*, apresentou um valor global de 0,880 na nossa amostra, o que demonstra boa consistência interna (Maroco e Garcia-Marques, 2006), embora o valor global seja ligeiramente inferior ao dos autores da versão portuguesa ( $\alpha= 0.927$ ) e dos autores originais ( $\alpha=0.92$ ).

Em seguida procedeu-se à determinação do  $\alpha$  de *Cronbach* para cada um dos fatores do índice, tendo-se verificado que estes apresentam boa consistência interna, exceto as dimensões “deficiente apoio profissional” e “problemas financeiros”, com *alfa de Cronbach* de 0,108 e 0,236 respetivamente, como o Quadro 3 demonstra.

**Quadro 3 -  $\alpha$  de Cronbach para cada um dos fatores do CADI e CADI total**

	$\alpha$ de Cronbach	Nº de itens
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	<b>0,827</b>	7
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	0,719	8
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	0,734	6
<b>Restrições vida social</b>	0,614	3
<b>Deficiente apoio familiar</b>	0,775	2
<b>Deficiente apoio profissional</b>	<b>0,108</b>	2
<b>Problemas financeiros</b>	<b>0,236</b>	2
<b>CADI total</b>	0,880	

#### 4.8- PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

A ética pode ser compreendida como o conjunto de consentimentos e impedimentos que assumem um significado importante na vida das pessoas e, nos quais, estas se baseiam para direcionar a sua ação. A investigação suscita sempre o problema da responsabilidade do investigador no que diz respeito à proteção dos direitos das pessoas (Fortin, 2009).

No âmbito desta investigação, foram solicitadas as devidas autorizações por escrito ao Agrupamento de Centros de Saúde da região em estudo (Apêndice B) e à Administração Regional de Saúde (Apêndice C), para os quais obtivemos parecer favorável, conforme consta nos Anexos I e II, respetivamente.

Para procedermos à aplicação do CADI solicitámos autorização à autora que validou o instrumento para a população portuguesa (Apêndice D), para o qual obtivemos resposta afirmativa (Anexo III). Relativamente ao Índice de Barthel, foi igualmente solicitada autorização (Apêndice E) à autora que validou a escala, com parecer positivo (Anexo IV)

Após análise dos processos dos idosos dependentes, em conjunto com a equipa de cuidados continuados integrados, verificámos se os CI's cumpriam os critérios de inclusão anteriormente definidos e, nesse caso, foram esclarecidos acerca da natureza do estudo e constatada a sua disponibilidade para colaborar no mesmo. Após aceitação, por parte dos CI's, foi assinado o consentimento informado (Apêndice F) e garantido que a escolha de participar, ou não, neste estudo seria voluntária. No caso de decidirem não participar no estudo, ou em qualquer momento desistirem do mesmo, foram alertados para o facto de o poderem fazer sem qualquer justificação sendo assegurada a qualidade de cuidados prestados ao idoso dependente e ao cuidador informal/família. Todos os dados colhidos durante este estudo foram analisados de forma confidencial tendo sido assegurada a privacidade dos dados.

A identidade do inquirido nunca foi associada às respostas obtidas, tendo sido respeitado o anonimato e assegurada a confidencialidade dos dados obtidos.

#### 4.9 - PROCEDIMENTO PARA A RECOLHA DE DADOS

Com a finalidade de confirmar a clareza, compreensão das questões e tempo médio de preenchimento do instrumento de colheita de dados, foi aplicado um pré-teste a cinco CI's que cumpriam os critérios de inclusão no estudo. Na perspetiva de Fortin (2009:577), o pré-teste consiste numa: “medida de uma variável efetuada junto dos sujeitos antes do tratamento experimental”. Como não foram necessárias alterações significativas aquando a aplicação do pré-



teste, os cinco questionários foram integrados como elementos da amostra tendo em conta que o número de elementos constituintes era reduzido.

A recolha de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2017, após confirmação dos CI's que cumpriam os critérios de inclusão no nosso estudo. A maioria dos CI's respondeu ao questionário durante a visita domiciliária da ECCI, mas devido ao facto de nem sempre podermos acompanhar a equipa na visitação domiciliária, de acordo com a nossa situação profissional, houve a necessidade de contactar os CI's e agendar visitas em momentos distintos da realização da visita domiciliária.

#### 4.10 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados colhidos do conjunto de questionários foram introduzidos numa folha de cálculo Microsoft Excel (Office 2013) e processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23.0., 2016.

Os dados obtidos através do questionário global, maioritariamente relacionados com a caracterização da amostra, no que respeita aos CI's e seus idosos dependentes, foram organizados em quadros compostos de distribuição de frequências absolutas e percentuais, tendo também sido calculadas as medidas de tendência central e de dispersão julgadas mais adequadas.

A normalidade da distribuição da amostra, foi avaliada utilizando o teste de Shapiro-Wilk (Quadro 4), que segundo Maroco (2010:201) “(...) é preferível ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para amostras de pequena dimensão”. Ainda que, pelo tamanho da amostra se pudesse considerar utilizar o teste *Kolmogorov-Smirnov*, teríamos de recorrer ao teste de Shapiro-Wilk para análise dos subgrupos a comparar. Assim, para manter a mesma linha ao longo do trabalho optamos pelo teste de Shapiro-Wilk.

Dos resultados do teste, constata-se que a pontuação total do CADI possui distribuição normal. Por outro lado, em 3 das 7 variáveis correspondentes às dimensões do CADI, rejeita-se a hipótese de as variáveis terem distribuição normal. Este teste, como foi referido, será repetido ao analisar os diferentes subgrupos da amostra a comparar. Sempre que a distribuição seja normal procederemos à análise através do teste *t de Student* para amostras independentes, caso contrário serão utilizados testes não paramétricos como o teste de *U Mann-Whitney* e o teste de *Kruskal-Wallis*.

Nestes testes foi fixado o valor de 0.05 para um nível máximo de significância, isto é, para o valor máximo da probabilidade de ocorrer o erro tipo I.

**Quadro 4-** Resultados do teste de Shapiro-Wilk

CADI	<i>Z</i>	<i>P</i>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	0,810	< 0,001
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	0,981	0,780
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	0,968	0,392
<b>Restrições na vida social</b>	0,964	0,298
<b>Deficiente apoio familiar</b>	0,793	< 0,001
<b>Deficiente apoio profissional</b>	0,802	< 0,001
<b>Problemas financeiros</b>	0,953	0,143
<b>Pontuação total CADI</b>	0,979	0,724



## 5– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A informação obtida através da aplicação do instrumento de colheita de dados foi objeto de tratamento estatístico. Baseados nos objetivos delineados para este estudo, organizámos este capítulo em duas partes: a análise descritiva, na qual caracterizamos a amostra e os valores obtidos para as variáveis independentes e dependente e análise inferencial. Após a análise descritiva, segue-se a análise inferencial, através da qual pretendemos descrever as correlações exequíveis entre as dificuldades do cuidador informal e algumas variáveis que caracterizam o cuidador informal e o idoso dependente. A apresentação dos dados encontra-se ilustrada por quadros, precedida pela correspondente análise.

### 5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A caracterização do cuidador informal foi obtida através de um questionário composto por um conjunto de itens relativos à dimensão sociodemográfica. Desta forma, passaremos à apresentação dos resultados obtidos após a realização deste estudo, organizados em quatro partes: numa primeira parte caracterizamos o cuidador informal, numa segunda parte as circunstâncias em que ocorre a prestação de cuidados, em seguida a caracterização do idoso dependente e, no final, procedemos à descrição das dificuldades manifestadas pelos CI's.

- **Caracterização do perfil dos CI's**

Perante o exposto, elaborámos a caracterização dos CI's, no que respeita ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão e rendimento mensal do agregado familiar.

Relativamente ao sexo dos CI's, prestadores de cuidados a idosos dependentes, constatámos que 77,1% dos cuidadores são do sexo feminino e apenas 22,9% são do sexo masculino, como se encontra descrito no Quadro 5.

A média de idades dos cuidadores é de  $65,03 \pm 12,65$  anos, sendo que 51,4% têm mais de 65 e 20% têm mais de 75 anos. O cuidador mais idoso tem 86 anos e o mais novo tem 34 anos. Em relação ao estado civil, a grande maioria (77,1%) é casado/união de facto e na restante amostra, coexistem, em igual percentagem, solteiros e divorciados com 11,4%. No que toca ao nível de escolaridade, 62,9% dos CI's referiu ter completado o 1º ciclo do ensino básico; com igual percentagem de 8,6% terminaram o 3º ciclo do ensino básico bem como o ensino secundário; seguindo-se os cuidadores que possuem bacharelato (5.7%) e, com frequências idênticas (2,9%),

os CI's que não sabem ler nem escrever, sabem ler e escrever e que frequentaram o 2º ciclo do ensino básico. No que concerne à situação laboral dos cuidadores da nossa amostra, 62,9% encontram-se em situação de reforma, 20,0% encontram-se de baixa médica, seguindo-se do grupo outros onde se incluíram domésticas e desempregados, com 11,4% e, por fim, com 5,7% encontram-se os cuidadores empregados.

Os CI's inquiridos apresentam variadas atividades profissionais, sendo que 80,0% pertencem ao grupo dos trabalhadores não qualificados e, imediatamente a seguir, 11,4% dos cuidadores foram incluídos no grupo dos especialistas das atividades intelectuais e científicas.

No que diz respeito ao rendimento mensal do agregado familiar, 68,6% auferem rendimentos entre os 531 e 1060 euros; 14,3% apresentam rendimentos entre os 1061 e 1590 euros; 11,4% apresentam rendimentos inferiores a 530 euros e 5,7% auferem rendimentos superiores a 1591 euros.

Relativamente à área de residência dos CI's, assistimos a uma certa heterogeneidade, isto é, 54,3% vivem em meio urbano, enquanto que 45,7% vivem em meio rural.

**Quadro 5-** Distribuição dos CI's segundo as características sociodemográficas

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	8	22,9
Feminino	27	77,1
<b>Grupo Etário</b>		
[34 - 45 anos]	3	8,6
[46 - 55 anos]	4	11,4
[56 - 65 anos]	10	28,6
[66 - 75 anos]	11	31,4
Mais de 75 anos	7	20,0
$\bar{x} = 65,03$ $s = 12,65$ $x_{\min} = 34$ $x_{\max} = 86$		
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro (a)	4	11,4
Casado (a) / união de facto	27	77,1
Viúvo (a)	0	0,0
Divorciado (a)/separado (a)	4	11,4
<b>Habilitações Literárias</b>		
Não Sabe ler nem escrever	1	2,9
Sabe ler e escrever	1	2,9
1º Ciclo do Ensino Básico	22	62,9
2º Ciclo do Ensino Básico	1	2,9
3º Ciclo do Ensino Básico	3	8,6
Ensino Secundário	3	8,6
Bacharelato	2	5,7
Licenciatura	1	2,9
Doutoramento	1	2,9
<b>Situação Laboral</b>		
Empregado (a)	2	5,7
Reformado (a)	22	62,9
Baixa médica	7	20,0
Outros	4	11,4
<b>Profissão</b>		
Trabalhadores não qualificados	28	80,0
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	4	11,4
Técnicos e profissões de nível intermédio	1	2,9
Pessoal administrativo	1	2,9
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	2,9
<b>Rendimento mensal do agregado familiar</b>		
Inferior a 530 €	4	11,4
Entre 531 e 1060 €	24	68,6
Entre 1061 e 1590 €	5	14,3
Superior a 1591 €	2	5,7
<b>Área de Residência</b>		
Meio rural	16	45,7
Meio urbano	19	54,3

- **Caracterização do perfil dos idosos dependentes**

Em seguida procedemos à apresentação dos dados relativos aos idosos dependentes, nomeadamente as características dos mesmos de acordo com a idade, sexo, doenças predominantes e nível de dependência nas atividades básicas de vida diária.

De acordo com o Quadro 6, observa-se que 60,0% idosos dependentes cuidados são do sexo masculino. Relativamente ao grupo etário, apurámos que no mínimo tinham 65 anos e no máximo 98 anos, com uma média de 79,69 anos, mediana de 80 anos e um desvio padrão de 9,52 anos.

**Quadro 6-** Distribuição dos idosos dependentes segundo o sexo e grupo etário.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	21	60,0
Feminino	14	40,0
<b>Grupo etário</b>		
[65-77]	14	40,0
[78-90]	16	45,7
[Mais de 90]	5	14,3
<b>Total</b>	35	100
$\bar{x} = 79,69$ $md = 80$ $s = 9,52$ $x_{min} = 65$ $x_{máx} = 98$		

Relativamente à questão: “Qual a causa/patologia que levou a necessitar de prestação de cuidados por um cuidador” e como se tratou de uma questão com resposta aberta, verificámos com clara evidência, em termos de origem de cuidados por parte de terceiros, a referenciação das patologias neurológicas, em que os acidentes vasculares cerebrais assumem lugar de destaque (Quadro 7).

**Quadro 7-** Distribuição dos idosos dependentes segundo a causa que levou à necessidade de um CI para prestação de cuidados.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Causa/Patologia</b>		
<b>Patologia Osteoarticular</b> (Fratura fémur, Hérnias discais, Patologia osteoarticular)	6	17,1
<b>Patologia Cirúrgica</b> (Úlceras varicosas, Intervenção cirúrgica, Amputação de membro inferior, Traumatismo crânio encefálico)	8	22,9
<b>Patologia Neurológica</b> (AVC, Alzheimer, Parkinson, Doença de Charcot, Demência)	19	54,3
<b>Patologia Neoplásica</b> (Doença oncológica com ferida, Neoplasia gástrica, Meningeoma)	3	8,6

<b>Outras</b> (Dependência gradual, Diabetes Mellitus)	5	14,3
--	---	------

Quanto às principais doenças dos idosos dependentes que participaram no nosso estudo, verificamos, através dos dados expostos no Quadro 8, que as principais foram as doenças e perturbações do sistema nervoso, onde se incluem as demências, doença de Alzheimer e Parkinson (80,0%) e também as doenças e perturbações do aparelho circulatório. Constatamos que os idosos dependentes são portadores de múltiplas patologias, daí o valor da frequência absoluta ser superior a 35.

**Quadro 8-** Distribuição dos idosos dependentes segundo as principais doenças.

Variável	n	%
<b>Principais doenças do idoso</b>		
<b>Doenças e perturbações do sistema nervoso</b>	<b>28</b>	<b>80,0</b>
<b>Doenças e perturbações do olho</b>	2	5,7
<b>Doenças e perturbações do aparelho respiratório</b>	5	14,3
<b>Doenças e perturbações do aparelho circulatório</b>	<b>25</b>	<b>71,4</b>
<b>Doenças e perturbações do aparelho digestivo</b>	5	14,5
<b>Doenças e perturbações do sistema hepatobiliar e pâncreas</b>	1	2,9
<b>Doenças e perturbações do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo</b>	11	31,4
<b>Doenças e perturbações endócrinas nutricionais e metabólicas</b>	12	34,3
<b>Doenças e perturbações da pele, tecido celular subcutâneo e mama</b>	1	2,9
<b>Doenças e perturbações do rim e do aparelho urinário</b>	3	8,6
<b>Doenças e perturbações do aparelho genital masculino</b>	2	5,7
<b>Doenças e perturbações do Sangue/órgãos hematopoiéticos e doenças imunológicas</b>	4	11,4
<b>Doenças e perturbações mentais</b>	3	8,6

No que diz respeito ao grau de dependência dos idosos nas suas ABVD, avaliado através do índice de Barthel, constatamos através do Quadro 9, que 80,0% dos idosos apresentam dependência total nas suas ABVD, 11,4% apresentam dependência grave e 8,6% dos idosos dependência moderada.



**Quadro 9-** Distribuição dos idosos dependentes segundo o Índice de Barthel

Variável	n	%
Índice de Barthel		
<b>Dependência total</b>	<b>28</b>	<b>80,0</b>
<b>Dependência grave</b>	4	11,4
<b>Dependência moderada</b>	3	8,6
<b>Total</b>	35	100

Numa análise mais aprofundada ao Índice de Barthel, nomeadamente por áreas de dependência, verificámos que a ABVD mais afetada é o banho, ou seja 97,0% dos idosos dependentes não consegue tomar banho sozinho. A segunda ABVD mais afetada é subir e descer escadas, verificando-se que a maioria dos idosos dependentes (80,0%) não consegue subir e descer escadas. Imediatamente a seguir surge a higiene corporal e o uso da casa de banho, na qual 77,1% dos idosos dependentes precisa de ajuda para o cuidado pessoal e não consegue ir à casa de banho, como demonstra o Quadro 10.

Quanto à alimentação verificámos que 62,9% dos idosos dependentes precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc., enquanto que somente 14,3% dos idosos dependentes é autónomo nesta atividade, desde que lhe coloquem a comida já preparada.

Relativamente à ABVD vestir, a maioria dos idosos da nossa amostra (71,4%), precisa sempre de ajuda de uma outra pessoa para satisfazer esta necessidade.

No que diz respeito à eliminação intestinal, verificámos que 40,0% dos idosos controla bem esta função e, por outro lado, 20,0% apresenta incontinência intestinal ocasionalmente e 40,0% não controla as fezes ou só evacua mediante a aplicação de clisteres. Ao nível do controlo vesical apurámos que 71,4% dos idosos apresenta incontinência vesical ou depende de terceiros para substituição de saco coletor do cateterismo vesical.

Na atividade transferência, cerca de 62,9% dos idosos dependentes é incapaz de passar da cama para a cadeira e não tem equilíbrio, enquanto que 5,7% demonstra autonomia ao conseguir passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade.

Relativamente à deambulação 57,1% dos idosos dependentes não consegue andar, nem com a ajuda de outras pessoas, contudo 8,6% dos idosos consegue andar com recurso ou não a diferentes meios auxiliares de marcha (bengala, andarilho, canadianas; etc.)

**Quadro 10-** Distribuição do Índice de Barthel por atividades básicas de vida

		n	%
<b>Alimentação</b>	Não consegue alimentar-se sozinho	8	22,9
	Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.	22	62,8
	Desde que lhe coloquem a comida já preparada consegue comer sozinho	5	14,3
<b>Vestir</b>	Precisa sempre de ajuda de outra pessoa para se vestir	25	71,4
	Precisa de ajuda para algumas coisas (abotoar botões, fechos, atacadores)	10	28,6
	Sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)	0	0,0
<b>Banho</b>	Não consegue tomar banho sozinho	34	97,1
	Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	1	2,9
<b>Higiene pessoal</b>	Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	27	77,1
	Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se e pentear-se sozinho	8	22,9
<b>Uso da casa de banho</b>	Não consegue ir à casa de banho	27	77,1
	Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	7	20,0
	Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	1	2,9
<b>Controlo intestinal</b>	Não controla as fezes, ou só evacua com ajuda de clister	14	40,0
	Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes	7	20,0
	Controla bem essa função	14	40,0
<b>Controlo vesical</b>	Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	16	45,7
	Perde urina acidentalmente	9	25,7
	Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	10	28,6
<b>Subir escadas</b>	Não consegue subir e descer escadas	28	80,0
	Precisa de ajuda para subir e descer escadas	5	14,3
	Consegue subir e descer escadas	2	5,7
<b>Transferência</b>	Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	22	62,9
	Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira	9	25,7
	Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)	2	5,7
	Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	2	5,7
<b>Deambulação</b>	Não consegue andar, nem com a ajuda de outras pessoas	20	57,1
	Consegue andar sozinho em cadeira de rodas	8	22,9
	Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa	4	11,4
	Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.)	3	8,6

- **Caracterização do contexto da prestação de cuidados**

Neste ponto, iremos apresentar as características que dizem respeito aos cuidados prestados ao idoso dependente, com vista a definir o contexto geral da prestação de cuidados, baseados no grau de parentesco, coabitação, tempo de prestação de cuidados (em anos, em horas) e principais cuidados prestados.

Conforme os dados do quadro 11, confirmamos que a maioria dos CI's (60,0%), que constaram da nossa amostra são cônjuge ou companheiro (a) do idoso cuidado, 28,6% são filhos (as) /enteados (as) e 91,4% dos CI's coabitam com o idoso a quem prestam cuidados.

Das 32 situações em que o cuidador e a pessoa dependente partilham habitação, apenas 3 dos CI's ainda tem filhos sob a sua responsabilidade, sendo que a grande maioria (82,9%) não integra a dupla responsabilidade de cuidar dos filhos e do idoso dependente em simultâneo. Em média, o agregado familiar é composto por  $2,69 \pm 0,78$  adultos. Em 45,7% das situações é composto por 2 adultos, em 28,6% por 3 adultos e em 17,1% por 4 adultos.

Em média os cuidados duram há  $5,67 \pm 5,12$  anos, com um mínimo de um mês e um máximo de 20 anos. Verificámos que o intervalo de tempo de prestação de cuidados mais frequente é o que varia entre 1 a 5 anos, correspondendo a 40,0% dos cuidadores.

No que diz respeito à frequência na prestação de cuidados, averiguamos que a totalidade dos CI's da nossa amostra presta cuidados diariamente. Os CI's inquiridos despendem entre 1 e 24 horas por dia, com uma média de 10,34 horas, sendo que 45,7% dos CI's passa entre 6 a 10 horas diárias na prestação de cuidados ao idoso.

Relativamente aos cuidados prestados ao idoso, verificámos que os mais realizados foram: medicação (97,1%), vestir/despir (91,4%), tratamento da roupa (94,3%), higiene da habitação (85,7%) e a higiene pessoal (82,9%).

Quando inquiridos acerca da experiência prévia na área da prestação de cuidados, 26 CI's responderam que era a primeira vez que cuidavam de um idoso (74,3%).

**Quadro 11-** Distribuição dos CI's segundo a caracterização do contexto da prestação de cuidados

Variável	n	%
<b>Grau de parentesco</b>		
<b>Cônjuge / Companheiro(a)</b>	21	60,0
<b>Filho(a) / enteado(a)</b>	10	28,6
<b>Neto</b>	1	2,9
<b>Nora</b>	1	2,9
<b>Sobrinha</b>	1	2,9
<b>Outro</b>	1	2,9
<b>Coabitação</b>		
<b>Não</b>	3	8,6
<b>Sim</b>	32	91,4
<b>Agregado familiar (nº de crianças)</b>		
<b>Sem Crianças</b>	29	82,9
<b>Com Crianças</b>	3	8,6
<b>Agregado familiar (nº de adultos)</b>		
<b>2</b>	16	45,7
<b>3</b>	10	28,6
<b>4</b>	6	17,1
$\bar{X} = 2,69 \quad s = 0,780 \quad x_{\min} = 2 \quad x_{\max} = 4$		
<b>Tempo de prestação de cuidados (anos)</b>		
<b>&lt; 1 ano</b>	6	17,1
<b>[1 - 5 anos]</b>	14	40,0
<b>[6 - 10 anos]</b>	10	28,6
<b>&gt; 10 anos</b>	5	14,3
$\bar{X} = 5,67 \quad s = 5,12 \quad md = 4 \quad x_{\min} = 0,08 \text{ anos (1 mês)} \quad x_{\max} = 20$		
<b>Frequência de prestação de cuidados</b>		
<b>Diariamente</b>	35	100
<b>Semanalmente</b>	0	0
<b>Mensalmente</b>	0	0
<b>Tempo despendido na prestação de cuidados (horas)</b>		
<b>[1 - 5 horas]</b>	7	20,0
<b>[6 - 10 horas]</b>	16	45,7
<b>Mais de 10 horas</b>	12	34,3
<b>Total</b>	35	100,0
$\bar{X} = 10,34 \text{ horas} \quad md = 8 \text{ horas} \quad s = 6,708 \quad x_{\min} = 1 \text{ hora} \quad x_{\max} = 24 \text{ horas}$		
<b>Cuidados prestados ao idoso</b>		
<b>Alimentação</b>	22	62,9
<b>Vestir/despir</b>	32	91,4
<b>Higiene pessoal</b>	29	82,9
<b>Higiene da habitação</b>	30	85,7
<b>Tratamento da roupa</b>	33	94,3
<b>Medicação</b>	34	97,1
<b>Outro</b>	22	62,9
<b>Experiência prévia de cuidados</b>		
<b>Não</b>	26	74,3
<b>Sim</b>	9	25,7

## • Avaliação das dificuldades percebidas pelos CI's dos idosos dependentes

Através da aplicação do CADI, elaborado por Nolan e colaboradores (1998), traduzido e validado para a população portuguesa por Brito e Barreto (2000), iremos apresentar os resultados alcançados, de acordo com os seguintes fatores integrantes: problemas relacionais com o idoso, reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física na prestação de cuidados, restrições na vida social, deficiente apoio familiar, deficiente apoio profissional e problemas financeiros.

### **Problemas relacionais com o idoso**

Relativamente a este fator e, conforme o Quadro 12 demonstra, a maioria dos CI's não referiu perceber dificuldades. Porém, 28,6% dos CI's referiram que o facto do idoso dependente: "... de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim", acontece no seu caso e perturba-os muito. Por outro lado, 45,7% dos CI's mencionaram que no caso deles não acontece.

Também 25,7% dos CI's indicaram que, por vezes, a pessoa de quem cuidam exige demasiado de si, mas que tal não os perturba. Verificou-se igual percentagem de respostas nos casos em que acontece e perturba muito os CI's.

A maioria dos CI's (85,7%) referiram que não deixou de haver o sentimento que havia na relação com a pessoa de quem cuidam.

O idoso dependente de quem cuidam nem sempre ajuda tanto quanto pode causa alguma perturbação a 11,4% dos CI's, no entanto a maioria (74,3%) referiu não acontecer no seu caso.

A maioria dos CI's (74,3%) mencionou que o idoso dependente dá valor ao que o CI faz, contudo 11,4% responderam que no seu caso acontece e lhes causa alguma e muita perturbação.

O comportamento do idoso dependente causa alguma perturbação a 14,3% dos CI's e, em igual percentagem, causa muita perturbação aos CI's.

De salientar que, 88,6% dos CI's responderam que lhes dá satisfação cuidar do idoso dependente, contudo 8,6% dos CI's responderam que não lhes dá qualquer satisfação, perturbando-os muito.

**Quadro 12- Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percebidas na dimensão  
"Problemas relacionais com o idoso"**

Itens Questões	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
CADI 5 A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim	<b>16</b> <b>(45,7%)</b>	4 (11,4%)	5 (14,3%)	10 (28,6%)
CADI 11 Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	<b>11</b> <b>(31,4%)</b>	9 (25,7%)	6 (17,1%)	9 (25,7%)
CADI 12 Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	<b>30</b> <b>(85,7%)</b>	3 (8,6%)	2 (5,7%)	0 (0,0%)
CADI 14 A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto podia	<b>26</b> <b>(74,3%)</b>	3 (8,6%)	4 (11,4%)	2 (5,7%)
CADI 22 A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	<b>26</b> <b>(74,3%)</b>	1 (2,9%)	4 (11,4%)	4 (11,4%)
CADI 25 O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	<b>24</b> <b>(68,6%)</b>	1 (2,9%)	5 (14,3%)	5 (14,3%)
CADI 26 Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	<b>31</b> <b>(88,6%)</b>	1 (2,9%)	0 (0,0%)	3 (8,6%)

### Reações à prestação de cuidados

Através da análise do Quadro 13 mais de 50,0% dos CI's referiram como sendo situações difíceis, acontecendo no seu caso e causando-lhes alguma e muita perturbação nas questões 1, 2, 19, 29 e 3.

Nesta dimensão, os CI's mencionaram alguma perturbação nas questões: "*Não tenho tempo suficiente para mim próprio*" (34,3%), "*Não consigo sossegar por estar preocupado (a) com os cuidados a prestar*" (57,1%) e "*não conseguindo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família*" (31,4%).

A maioria dos CI's (91,4%), relativamente à questão 30, afirmou que esta situação não o faz sentir culpado.

**Quadro 13-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão  
“Reações à prestação de cuidados”

Itens Questões	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
CADI 1 Não tenho tempo suficiente para mim próprio	6 (17,1%)	7 (20,0%)	12 (34,3%)	10 (28,6%)
CADI 2 Por vezes sinto-me “de mãos atadas” sem poder fazer nada para dominar a situação	6 (17,1%)	2 (5,7%)	11 (31,4%)	16 (45,7%)
CADI 9 Chega a transtornar as minhas relações familiares	20 (57,1%)	1 (2,9%)	9 (25,7%)	5 (14,3%)
CADI 17 Esta situação faz-me sentir irritado	19 (54,3%)	4 (11,4%)	6 (17,1%)	6 (17,1%)
CADI 19 Esta situação está a transtornar-me os nervos	12 (34,3%)	2 (5,7%)	9 (25,7%)	12 (34,3%)
CADI 29 Não consigo sossegar por estar preocupado (a) com os cuidados a prestar	6 (17,1%)	2 (5,7%)	20 (57,1%)	7 (20,0%)
CADI 30 Esta situação faz-me sentir culpado	32 (91,4%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)	0 (0,0%)
CADI 3 Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	7 (20,0%)	9 (25,7%)	11 (31,4%)	8 (22,9%)

### Exigências de ordem física na prestação de cuidados

Relativamente às dificuldades referidas pelos CI's, no âmbito das exigências de ordem física na prestação de cuidados, verificámos através da análise do Quadro 14 que 50,0% dos CI's referiram como perturbador as situações das questões nº 10, 15 e 23.

Os CI's inquiridos expuseram como algo muito perturbador o facto de se sentirem cansados fisicamente (37,1%) e andarem a dormir pior por causa desta situação (57,2%).

**Quadro 14-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percebidas na dimensão  
 “Exigências de ordem física na prestação de cuidados”

Itens Questões	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
CADI 6 A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	3 (8,6)	<b>16</b> <b>(45,7%)</b>	12 (34,3%)	4 (11,4%)
CADI 10 Deixa-me muito cansada (o) fisicamente	8 (22,9%)	4 (11,4%)	<b>10</b> <b>(28,6%)</b>	<b>13</b> <b>(37,1%)</b>
CADI 13 A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	4 (11,4%)	<b>14</b> <b>(40%)</b>	10 (28,6%)	7 (20,0%)
CADI 15 Ando a dormir pior por causa desta situação	11 (31,4%)	4 (11,4%)	<b>10</b> <b>(28,6%)</b>	<b>10</b> <b>(28,6%)</b>
CADI 23 A minha saúde ficou abalada	<b>12</b> <b>(34,3%)</b>	4 (11,4%)	<b>12</b> <b>(34,3%)</b>	7 (20,0%)
CADI 24 A pessoa de quem cuido sofre de incontinência	<b>16</b> <b>(45,7%)</b>	7 (20,0%)	7 (20,0%)	5 (14,3%)

### Restrições na vida social

No que diz respeito às restrições na vida social dos CI's, constatámos que 31,4% referiram, como sendo algo perturbador, estar *afastado do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gostam* (Quadro 15). A cerca de 40,0% dos CI's causa-lhe alguma perturbação o facto de *não estar com os amigos tanto quanto gostaria*.

No que diz respeito ao facto dos CI's não conseguirem ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias, 31,4% referiu acontecer no seu caso, mas não lhe causar perturbação. Porém, causa alguma perturbação a 22,9% dos CI's e perturba muito 25,7% dos CI's.



**Quadro 15-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão “Restrições na vida social”

Itens Questões	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
CADI 8 Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	7 (20,0%)	7 (20,0%)	11 (31,4%)	10 (28,6%)
CADI 18 Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	10 (28,6%)	6 (17,1%)	14 (40%)	5 (14,3%)
CADI 20 Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	7 (20,0%)	11 (31,4%)	8 (22,9%)	9 (25,7%)

### Deficiente apoio familiar

Na dimensão deficiente apoio familiar e analisando o Quadro 16 podemos verificar que a maioria dos CI's não percecionou dificuldades neste contexto, nomeadamente 62,9% dos CI's referiram que a família os ajuda na prestação de cuidados ao idoso dependente e 54,3% dos CI's recebem a atenção devida da sua família.

**Quadro 16-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas na dimensão “Deficiente apoio familiar”

Itens Questões	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
CADI 16 As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	19 (54,3%)	7 (20,0%)	6 (17,1%)	3 (8,6%)
CADI 28 Alguns familiares não ajudam tanto quanto podiam	22 (62,9%)	4 (11,4%)	6 (17,1%)	3 (8,6%)

### Deficiente apoio profissional

No que diz respeito ao deficiente apoio profissional, como demonstra o Quadro 17, 60,0% dos CI's manifestaram não ter *falta de apoio profissional*, contudo 14,3% dos CI's referiram que o facto dos *técnicos de saúde não fazerem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam*, lhes causava muita perturbação.

**Quadro 17-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percebidas na dimensão  
“Deficiente apoio profissional”

Itens	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
Questões				
CADI 7 Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam.	<b>26</b> <b>(74,3%)</b>	3 (8,6%)	1 (2,9%)	5 (14,3%)
CADI 27 Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	<b>21</b> <b>(60%)</b>	4 (11,4%)	8 (22,9%)	2 (5,7%)

### Problemas financeiros

Na dimensão problemas financeiros, 48,5% dos CI's referiram que a prestação de cuidados *lhes trouxe problemas de dinheiro*, todavia 40,0% dos CI's mencionou não lhes trazer problemas de dinheiro, conforme o descrito no Quadro 18.

A maioria dos CI's (71,4%) mencionou que *a sua qualidade de vida piorou*, sendo considerado perturbador.

**Quadro 18-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percebidas na dimensão  
“Problemas financeiros”

Itens	Não acontece no meu caso	Acontece no meu caso, mas não me perturba	Acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação	Acontece no meu caso e perturba-me muito
Questões				
CADI 4 Traz-me problemas de dinheiro	<b>14</b> <b>(40,0%)</b>	4 (11,4%)	<b>11</b> <b>(31,4%)</b>	6 (17,1%)
CADI 21 A qualidade da minha vida piorou	2 (5,7%)	8 (22,9%)	<b>13</b> <b>(37,1%)</b>	<b>12</b> <b>(34,3%)</b>

### Outras dificuldades referidas pelos cuidadores

O CADI no final das 30 questões contém um espaço onde o cuidador tem a possibilidade de referir outras dificuldades relativas ao ato de cuidar, assinalando o grau de perturbação: “não lhe causam perturbação, causam alguma ou muita perturbação”.

A questão final – “Prestar cuidados pode ser difícil porque”, tem como objetivo possibilitar ao cuidador informal a exposição de outras dificuldades para além das descritas no índice, contudo somente três cuidadores preencheram a questão final do CADI, respondendo que:

- ➔ “Não consigo compatibilizar os meus horários com as rotinas relativamente à diabetes do meu pai”, referindo que lhe causa alguma perturbação.
- ➔ “Dificuldade no transporte”, o que a perturba muito.
- ➔ “A nível psicológico o cuidador pode atingir o limite”, perturbando muito o cuidador informal.

De acordo com a análise estatística ao valor total do CADI, como descrito no Quadro 19, podem observar-se quais as dificuldades percecionadas pelos CI's de idosos dependentes. A dimensão onde os CI's percecionaram maiores dificuldades foi nas reações à prestação de cuidados com uma média de 18,86, seguida das exigências de ordem física na prestação de cuidados com uma média de 14,83 e dos problemas relacionais com o idoso dependente com uma média de 11,94. A dimensão onde os CI's percecionaram menos dificuldades é na dimensão deficiente apoio profissional, apresentando uma média de 3,31.

**Quadro 19-** Distribuição dos CI's segundo as dificuldades percecionadas e CADI total

<b>Dimensões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	7,00	24,00	<b>11,94</b>	5,10
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	8,00	29,00	<b>18,86</b>	4,98
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	6,00	22,00	<b>14,83</b>	4,27
<b>Restrições na vida social</b>	3,00	12,00	7,63	2,45
<b>Deficiente apoio familiar</b>	2,00	8,00	3,51	1,87
<b>Deficiente apoio profissional</b>	2,00	7,00	<b>3,31</b>	1,53
<b>Problemas financeiros</b>	2,00	8,00	5,26	1,58
<b>Pontuação total na escala CADI</b>	30,00	97,00	65,34	15,11

## 5.2- ANÁLISE INFERENCIAL

Concluída a descrição dos dados obtidos pela aplicação do questionário, passamos a uma segunda fase de tratamento dos mesmos, com vista a identificar eventuais relações entre as variáveis, a chamada análise inferencial, onde aplicámos diferentes testes estatísticos, ajustados à natureza das variáveis, que serão referenciados ao longo da descrição dos resultados.

### Características sociodemográficas dos CI's

- Sexo dos CI's

Avaliando a normalidade da distribuição da variável dependente e tendo em conta a pontuação total do CADI e de cada uma das suas dimensões, agrupadas por **sexo do cuidador** (Quadro 20), verifica-se que a pontuação total do CADI possui distribuição normal, pelo que será analisada recorrendo ao teste t de *Student* para amostras independentes ( $p > 0,05$ , teste de *Shapiro-Wilk*). Por outro lado, em 3 das 7 variáveis correspondentes às dimensões da escala de CADI, rejeita-se a hipótese de as variáveis terem distribuição normal ( $p < 0,05$ , teste de *Shapiro-Wilk*) pelo que se recorre a testes não paramétricos (Teste *U* de *Mann-Whitney*) para comparar os resultados em função do sexo do cuidador.

**Quadro 20-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação CADI nos cuidadores do sexo masculino e nos cuidadores do sexo feminino

CADI	Sexo masculino		Sexo feminino	
	Z	p	Z	p
Pontuação total na escala CADI	0,884	0,206	0,984	0,932
Problemas relacionais com o idoso dependente	0,892	0,245	0,783	<0,001
Reações à prestação de cuidados	0,952	0,731	0,974	0,703
Exigências de ordem física na prestação de cuidados	0,894	0,256	0,971	0,615
Restrições na vida social	0,930	0,520	0,959	0,345
Deficiente apoio familiar	0,676	0,001	0,825	<0,001
Deficiente apoio profissional	0,693	0,002	0,826	<0,001
Problemas financeiros	0,930	0,516	0,956	0,304

Pela aplicação dos testes referidos, verifica-se que, em média, os cuidadores do sexo masculino apresentam uma pontuação ligeiramente mais elevada no CADI que os cuidadores do sexo feminino (66,88 e 64,89 pontos, respetivamente). Contudo, a diferença observada não é estatisticamente significativa ( $p = 0,749$ ). À semelhança da pontuação total, também na pontuação

das diferentes dimensões da escala não são verificadas diferenças significativas entre o sexo dos CI's (Quadro 21).

**Quadro 21-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do sexo dos CI's

$\bar{x}$ mdS $x_{\min}$ $x_{\max}$ $p$							
Problemas relacionais com o idoso dependente							
Masculino	12,75	11,00	5,68	7	24	0,658	
Feminino	11,70	10,00	5,01	7	23		
Reações à prestação de cuidados							
Masculino	19,75	19,50	3,49	14	24	0,499	
Feminino	18,59	18,00	5,37	8	29		
Exigências de ordem física na prestação de cuidados							
Masculino	13,88	15,00	4,39	8	19	0,524	
Feminino	15,11	15,00	4,28	6	22		
Restrições na vida social							
Masculino	8,13	8,50	1,89	5	11	0,524	
Feminino	7,48	7,00	2,61	3	12		
Deficiente apoio familiar							
Masculino	3,25	2,00	2,12	2	8	0,499	
Feminino	3,59	3,00	1,82	2	8		
Deficiente apoio profissional							
Masculino	3,00	2,00	1,41	2,00	5	0,499	
Feminino	3,41	3,00	1,57	2	7		
Problemas financeiros							
Masculino	6,13	6,00	1,46	4	8	0,104	
Feminino	5,00	5,00	1,54	2	8		
Pontuação total CADI							
Masculino	66,88	69,50	9,57	52	77	0,749	
Feminino	64,89	65,00	16,51	30	97		

- Idade do cuidador

Pela realização do teste de correlação de *Spearman* podemos concluir que as variáveis idade do cuidador e pontuação total no CADI não se correlacionam de forma significativa ( $r_{s(33)} = 0,148$ ;  $p = 0,396$ ). Pela análise do Quadro 22 verificamos que, para cada uma das dimensões da escala, não se verificam resultados estatisticamente significativos.

**Quadro 22-** Resultados do estudo da correlação das dificuldades percebidas com a idade do CI

<b>CADI</b>	<b><math>r_s</math></b>	<b><math>P</math></b>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	0,271	0,116
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	0,177	0,309
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	0,259	0,133
<b>Restrições na vida social</b>	0,147	0,400
<b>Deficiente apoio familiar</b>	-0,228	0,188
<b>Deficiente apoio profissional</b>	-0,198	0,254
<b>Problemas financeiros</b>	0,131	0,453

- Estado civil dos CIs

Face à dispersão de resultados relativos ao estado civil, tal como havia sido realizado em investigações semelhantes (Martins, Corte e Marques, 2014), e de forma a possibilitar uma eventual comparação de resultados, recodificamos a variável em dois grupos: casados ou união de facto e não casados ou não união de facto. De seguida, aplicou-se o teste de *Shapiro-Wilk* para avaliar a normalidade da distribuição da pontuação da escala de CADI em cada um dos grupos, tendo-se concluído que a pontuação total CADI possui distribuição normal, pelo que se compararam as médias de ambos os grupos com o teste t de *Student* para amostras independentes e que, 4 das dimensões da escala apresentam problemas a esse nível, o que implica a utilização de testes não paramétricos, nomeadamente o teste de *U Mann-Whitney* (Quadro 23).

**Quadro 23-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação CADI em função do estado civil dos CI's

<b>CADI</b>	<b><i>Casados</i></b>		<b><i>Não casados</i></b>	
	<b><i>Z</i></b>	<b><i>p</i></b>	<b><i>Z</i></b>	<b><i>P</i></b>
<b>Pontuação total na escala CADI</b>	0,958	0,333	,909	0,345
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	0,832	0,001	0,708	0,003
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	0,967	0,529	0,938	0,588
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	0,962	0,420	0,877	0,178
<b>Restrições na vida social</b>	0,958	0,337	0,942	0,627
<b>Deficiente apoio familiar</b>	0,743	<0,001	0,883	0,202
<b>Deficiente apoio profissional</b>	0,738	<0,001	0,930	0,512
<b>Problemas financeiros</b>	0,921	0,042	0,822	0,049

Apesar de, em média, os cuidadores casados apresentarem maior pontuação na escala CADI, correspondendo a mais dificuldades para cuidar de idosos dependentes (67,33 pontos nos cuidadores casados e 58,63 pontos nos cuidadores não casados) essa diferença não é estatisticamente significativa ( $p = 0,155$ ). Não são igualmente significativas as variações verificadas a nível das dimensões da referida escala (Quadro 24).

**Quadro 24-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do estado civil dos CI's

	$\bar{x}$	md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	P
Problemas relacionais com o idoso dependente						
Casado	12,37	11,00	5,03	7	24	0,166
Não casado	10,50	8,50	5,40	7	23	
Reações à prestação de cuidados						
Casado	14,44	18,00	4,48	11	29	0,286
Não casado	10,88	16,00	6,33	8	25	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados						
Casado	15,59	16,00	4,00	8	22	0,080
Não casado	12,25	13,00	4,40	6	17	
Restrições na vida social						
Casado	8,00	8,00	2,27	4	12	0,122
Não casado	6,38	6,00	2,77	3	11	
Deficiente apoio familiar						
Casado	3,41	2,00	1,97	2	8	0,304
Não casado	3,88	4,00	1,55	2	6	
Deficiente apoio profissional						
Casado	3,88	3,50	1,36	2	6	0,132
Não casado	3,15	2,00	1,56	2	7	
Problemas financeiros						
Casado	5,37	5,00	1,50	3	8	0,802
Não casado	4,88	5,50	1,89	2	7	
Pontuação total na escala CADI						
Casado	67,33	69,00	13,77	45	97	0,155
Não casado	58,63	59,00	18,35	30	78	

- Habilitações literárias do cuidador

Tal como efetuado em relação ao estado civil, recodificamos a variável agrupando os dados em dois grupos. O primeiro designado de “sem escolaridade/ensino básico”, que engloba os cuidadores que não sabem ler, nem escrever, os que sabem ler e escrever, os que possuem o 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico. O segundo grupo designado de “ensino secundário/ensino superior”, que engloba os cuidadores que possuem o ensino secundário, bacharelato ou licenciatura. Da aplicação do teste de *Shapiro-Wilk* constatamos que a pontuação total do CADI apresenta distribuição normal em ambos os grupos (Quadro 25). Em relação à pontuação em cada uma das dimensões do índice e face aos problemas já identificados em relação à normalidade da distribuição, que motivaram a sua análise através de testes não paramétricos, optamos por manter a análise uniforme com as variáveis já analisadas recorrendo ao teste de *U de Mann-Whitney*.



**Quadro 25-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI no grupo sem escolaridade ou com ensino básico e no grupo com ensino secundário ou universitário

CADI	Sem escolaridade/ ensino básico		Ensino secundário/ ensino superior	
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<b>Pontuação total do CADI</b>	0,971	0,609	0,914	0,423

A pontuação total do CADI não possui diferenças significativas entre os cuidadores com maior ou menor formação literária ( $t_{(33)} = 0,847$ ;  $p = 0,403$ ). Pela análise do Quadro 26 faz-se a mesma constatação para cada uma das dimensões do índice.

**Quadro 26-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função das habilitações literárias do CI

	$\bar{X}$	md	s	Xmin	Xmáx	P
Problemas relacionais com o idoso dependente						
Sem escolaridade/ ensino básico	12,43	10,50	5,52	7	24	0,586
Ensino secundário ou superior	10,00	11,00	2,16	7	12	
Reações à prestação de cuidados						
Sem escolaridade/ ensino básico	19,04	18,00	4,80	10	29	0,825
Ensino secundário ou superior	18,114	17,00	6,04	8	25	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados						
Sem escolaridade/ ensino básico	15,11	15,50	4,13	8	22	0,558
Ensino secundário ou superior	13,71	15,00	4,99	6	20	
Restrições na vida social						
Sem escolaridade/ ensino básico	7,71	8,00	2,45	4	12	0,793
Ensino secundário ou superior	7,29	7,00	2,63	3	11	
Deficiente apoio familiar						
Sem escolaridade/ ensino básico	3,61	3,00	1,95	2	8	0,614
Ensino secundário ou superior	3,14	2,00	1,57	2	6	
Deficiente apoio profissional						
Sem escolaridade/ ensino básico	3,18	2,50	1,42	2	6	0,479
Ensino secundário ou superior	3,86	4,00	1,95	2	7	
Problemas financeiros						
Sem escolaridade/ ensino básico	5,36	5,00	1,57	2	8	0,558
Ensino secundário ou superior	4,86	5,00	1,68	2	7	
Pontuação total na escala CADI						
Sem escolaridade/ ensino básico	66,42	68,00	14,85	38	97	0,403
Ensino secundário ou superior	61,00	65,00	16,53	30	78	

- Rendimentos dos CI's

Tendo em conta a dispersão de resultados da variável optamos por criar dois grupos, consoante o rendimento seja inferior ou superior a 530 €. Ambos os grupos cumprem o requisito da normalidade da distribuição da pontuação total do CADI, de acordo com o teste de *Shapiro-Wilk* (Quadro 27)

**Quadro 27-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI nos grupos com rendimento inferior a 530€ e superior a 530€

CADI	Rendimento inferior a 530 €		Rendimento superior a 530 €	
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
<b>Pontuação total CADI</b>	0,927	0,578	0,969	0,499

Comparando as médias da pontuação total do CADI entre o grupo de maior rendimento e o de menor rendimento, não se verificam diferenças com significado estatístico ( $t_{(33)} = 0,195$ ;  $p = 0,846$ ).

Pela análise do Quadro 28 faz-se a mesma constatação para cada uma das dimensões do CADI, excetuando a dimensão "deficiente apoio familiar". Em relação a esta dimensão são verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os cuidadores com maiores e menores rendimentos ( $U = 20,00$ ;  $p = 0,027$ ), sendo que os cuidadores com menores rendimentos revelam mais dificuldades em cuidar dos doentes idosos dependentes.

**Quadro 28-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do rendimento dos CI's

	$\bar{x}$	md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$	$P$
Problemas relacionais com o idoso dependente						
Rendimento inferior a 530 €	12,75	13,50	4,35	7	17	0,499
Rendimento superior a 530 €	11,83	10,00	5,24	7	24	
Reações à prestação de cuidados						
Rendimento inferior a 530 €	18,50	20,00	6,46	10	24	0,980
Rendimento superior a 530 €	18,90	18,00	4,89	8	29	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados						
Rendimento inferior a 530 €	14,25	15,00	4,65	8	19	0,822
Rendimento superior a 530 €	14,90	15,00	4,30	6	22	
Restrições na vida social						
Rendimento inferior a 530 €	7,25	7,00	3,30	4	11	0,783
Rendimento superior a 530 €	7,68	8,00	2,39	3	12	
Deficiente apoio familiar						
Rendimento inferior a 530 €	5,50	5,00	1,91	4	8	0,027
Rendimento superior a 530 €	3,26	2,00	1,73	2	8	
Deficiente apoio profissional						
Rendimento inferior a 530 €	3,75	4,00	1,50	2	5	0,467
Rendimento superior a 530 €	3,26	2,00	1,55	2	7	
Problemas financeiros						
Rendimento inferior a 530 €	4,75	5,00	2,22	2	7	0,671
Rendimento superior a 530 €	5,32	5,00	1,51	2	8	
Pontuação total CADI						
Rendimento inferior a 530 €	66,75	70,50	20,90	38	88	0,846
Rendimento superior a 530 €	65,16	65,00	14,65	30	97	

- Experiência prévia de cuidados a idosos dependentes

Da aplicação do teste de *Shapiro-Wilk* constatamos que a pontuação total na escala de CADI apresenta distribuição normal, quer nos cuidadores com experiência na prestação de cuidados a idosos dependentes, quer nos que não tinham essa experiência (Quadro 29), o que nos permite aplicar um teste t de *Student* para amostras independentes. Em relação à pontuação em cada uma das dimensões da escala, em consonância com as avaliações anteriores utilizamos o teste *U* de *Mann-Whitney*.

**Quadro 29-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI nos grupos com e sem história de cuidados a idosos dependentes

CADI	Com história de cuidados a idosos dependentes		Sem história de cuidados a idosos dependentes	
	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Pontuação total do CADI	0,979	0,841	0,892	0,207

Através da análise (Quadro 30) constatamos que as dificuldades são semelhantes para cuidadores que já cuidaram de idosos dependentes anteriormente e para cuidadores que cuidam pela primeira vez ( $t_{(33)} = -0,149$ ;  $p = 0,882$ ). Da mesma forma, não se verificam diferenças entre a pontuação em cada uma das dimensões do CADI.

**Quadro 30-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função da experiência prévia de cuidados a idosos dependentes

	$\bar{X}$	md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$	$P$
Problemas relacionais com o idoso dependente						
Com experiência	12,00	10,00	5,61	7	22	0,810
Sem experiência	11,92	11,00	5,03	7	24	
Reações à prestação de cuidados						
Com experiência	18,89	17,00	4,51	15	29	0,697
Sem experiência	18,85	18,50	5,22	8	29	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados						
Com experiência	15,33	14,00	3,57	11	21	0,810
Sem experiência	14,65	15,50	4,52	6	22	
Restrições na vida social						
Com experiência	7,67	7,00	2,24	5	12	0,926
Sem experiência	7,62	8,00	2,56	3	12	
Deficiente apoio familiar						
Com experiência	3,33	2,00	1,94	2	7	0,643
Sem experiência	3,58	3,00	1,88	2	8	
Deficiente apoio profissional						
Com experiência	3,56	2,00	1,88	2	6	0,781
Sem experiência	3,23	3,00	1,42	2	7	
Problemas financeiros						
Com experiência	5,22	5,00	1,30	4	7	0,838
Sem experiência	5,27	5,00	1,69	2	8	
Pontuação total CADI						
Com experiência	66,00	64,00	15,01	51	96	0,882
Sem experiência	65,11	68,00	15,43	30	97	

- Duração dos cuidados

Pela realização do teste de correlação de *Spearman*, podemos concluir que a duração dos cuidados, avaliada em anos, não está correlacionada com a pontuação do CADI, quer de forma global, quer com cada uma das suas dimensões (Quadro 31).

**Quadro 31-** Resultados do estudo da correlação das dificuldades percecionadas com a idade dos CI's

	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>P</b>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	0,018	0,917
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	-0,217	0,210
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	-0,068	0,697
<b>Restrições na vida social</b>	-0,032	0,853
<b>Deficiente apoio familiar</b>	-0,028	0,875
<b>Deficiente apoio profissional</b>	0,073	0,678
<b>Problemas financeiros</b>	-0,108	0,536

- Residência dos CI's

A pontuação do CADI total apresenta distribuição normal tanto nos CI's residentes em meio rural como nos CI's residentes em meio urbano (Quadro 32).

Pela aplicação do teste t de *Student* para amostras independentes verificamos que embora os residentes em meio urbano refiram mais dificuldades que os residentes em meio rural (69,58 e 60,31 pontos respetivamente), essas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p = 0,070$ ).

Aplicando o teste *U* de *Mann-Whitney* para comparar os resultados das diferentes dimensões do CADI, não verificamos diferenças significativas relativamente ao meio onde reside o CI.

**Quadro 32-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do local de residência dos CI's

		$\bar{X}$	md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	P
Problemas relacionais com o idoso dependente							
Meio rural		11,13	9,00	5,15	7	23	0,172
Meio urbano		12,63	11,00	5,01	7	24	
Reações à prestação de cuidados							
Meio rural		17,44	17,50	4,97	8	25	0,205
Meio urbano		20,05	20,00	4,80	11	29	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados							
Meio rural		13,88	13,00	4,76	6	21	0,301
Meio urbano		15,63	16,00	3,76	8	22	
Restrições na vida social							
Meio rural		6,88	7,00	2,58	3	11	0,102
Meio urbano		8,26	9,00	2,21	5	12	
Deficiente apoio familiar							
Meio rural		3,06	2,50	1,39	2	6	0,350
Meio urbano		3,89	3,00	2,16	2	8	
Deficiente apoio profissional							
Meio rural		2,94	2,50	1,24	2	6	0,350
Meio urbano		3,63	4,00	1,71	2	7	
Problemas financeiros							
Meio rural		5,00	5,00	1,171	2	8	0,422
Meio urbano		5,47	6,00	1,47	3	8	
Pontuação total na escala CADI							
Meio rural		60,31	57,50	16,12	30	88	0,070
Meio urbano		69,58	70,00	13,15	46	97	

- Sexo do idoso dependente

Pela aplicação do teste *Shapiro-Wilk* verifica-se que a pontuação do CADI, em ambos os sexos, assume uma distribuição normal (Quadro 33).

**Quadro 33-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação CADI em idosos dependentes do sexo masculino e do sexo feminino

CADI	Sexo masculino		Sexo feminino	
	Z	p	Z	P
Pontuação total do CADI	0,979	0,841	0,892	0,207

A média da pontuação do CADI, para CI's de idosos dependentes do sexo masculino é ligeiramente superior, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p = 0,347$ ). A distribuição da pontuação de cada uma das dimensões da escala não difere pelo sexo do CI (Quadro 34).

**Quadro 34-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do sexo do idoso dependente

	$\bar{x}$	md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$	$P$
Problemas relacionais com o idoso dependente						
Masculino	12,52	11,00	5,37	7	23	0,342
Feminino	11,07	9,50	4,71	7	24	
Reações à prestação de cuidados						
Masculino	19,43	18,00	5,43	10	29	0,495
Feminino	18,00	18,00	4,28	8	24	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados						
Masculino	15,90	16,00	4,13	8	22	0,083
Feminino	13,21	13,50	4,10	6	19	
Restrições na vida social						
Masculino	7,62	7,00	2,67	4	12	0,881
Feminino	7,64	8,00	2,17	3	11	
Deficiente apoio familiar						
Masculino	3,48	3,00	1,81	2	8	0,934
Feminino	3,57	3,00	2,03	2	8	
Deficiente apoio profissional						
Masculino	3,29	3,00	1,55	2	7	0,907
Feminino	3,36	2,50	1,55	2	6	
Problemas financeiros						
Masculino	5,10	5,00	1,51	2	8	0,377
Feminino	5,50	6,00	1,70	2	8	
Pontuação total do CADI						
Masculino	67,33	70,00	16,36	38	97	0,347
Feminino	62,36	64,00	13,01	30	77	

- Índice de Barthel do idoso dependente

Recorrendo à utilização do teste de correlação de *Spearman*, podemos concluir que as variáveis dificuldades do CI (quantificada pela escala de CADI) e dependência do idoso (quantificada pelo índice de Barthel) não se correlacionam de forma significativa ( $r_{s(33)} = 0,083$ ;  $p = 0,634$ ), situação que se verifica também para cada uma das dimensões do CADI (Quadro 35).

**Quadro 35-** Resultados do estudo da correlação entre a pontuação do CADI e o Índice de Barthel

	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>p</b>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	0,202	0,244
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	0,081	0,644
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	-0,148	0,395
<b>Restrições na vida social</b>	-0,199	0,253
<b>Deficiente apoio familiar</b>	-0,052	0,767
<b>Deficiente apoio profissional</b>	-0,017	0,923
<b>Problemas financeiros</b>	-0,095	0,586

- Coabitação com o idoso dependente

Comparámos as diferenças de pontuação do CADI entre os CI's que coabitam com o idoso dependente e os que não coabitam. Pela aplicação do teste de *Shapiro-Wilk* confirma-se que as distribuições de ambos os grupos sejam normais (Quadro 36).

**Quadro 36-** Resultados da avaliação da normalidade da distribuição da pontuação do CADI em CI's que coabitam e CI's que não coabitam com o idoso dependente

<b>CADI</b>	<b>Coabita</b>		<b>Não coabita</b>	
	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Pontuação total do CADI</b>	0,973	0,598	0,999	0,945

A média da pontuação do CADI para CI's que vivem com o idoso dependente a quem prestam cuidados, é ligeiramente superior à pontuação dos CI's que não coabitam com o idoso dependente, contudo estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p = 0,365$ ). Não se verificam, igualmente, diferenças significativas na pontuação de cada uma das dimensões do índice (Quadro 37).



**Quadro 37-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do CI coabitar ou não com o idoso dependente

	$\bar{x}$	md	s	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	<i>p</i>
Problemas relacionais com o idoso dependente						
Coabita	12,13	10,50	5,26	7	24	0,760
Não coabita	10,00	11,00	2,65	7	12	
Reações à prestação de cuidados						
Coabita	19,00	15,50	4,29	6	22	0,717
Não coabita	17,33	17,00	7,51	10	25	
Exigências de ordem física na prestação de cuidados						
Coabita	15,03	15,50	4,29	6	22	0,379
Não coabita	12,67	14,00	4,16	8	16	
Restrições na vida social						
Coabita	7,72	8,00	2,47	3	12	0,518
Não coabita	6,67	7,00	2,52	4	9	
Deficiente apoio familiar						
Coabita	3,47	3,00	1,88	2	8	0,595
Não coabita	4,00	4,00	2,00	2	6	
Deficiente apoio profissional						
Coabita	3,34	2,50	1,58	2	7	0,934
Não coabita	3,00	3,00	1,00	2	4	
Problemas financeiros						
Coabita	5,38	5,00	1,52	2	8	0,240
Não coabita	4,00	4,00	2,00	2	6	
Pontuação total na escala CADI						
Coabita	66,06	68,00	14,78	30	97	0,365
Não coabita	57,67	57,00	20,01	38	78	

- Grau de parentesco entre o CI e o idoso dependente

Comparámos as dificuldades manifestadas pelos CI's agrupados segundo o parentesco em relação ao idoso dependente. Como já foi referido, os CI incluídos nesta investigação eram maioritariamente cônjuges e filhos dos idosos dependentes, verificando-se ainda a existência dos seguintes parentescos: nora, neto, sobrinha e outro.

Para comparar 3 ou mais grupos, na estatística não paramétrica utiliza-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Da aplicação deste teste estatístico não se identificam diferenças significativas na pontuação total do CADI ou de cada uma das suas dimensões em função do grau de parentesco (Quadro 38).

**Quadro 38-** Resultados da comparação das dificuldades percebidas em função do parentesco do CI em relação ao idoso dependente

	<b>H</b>	<b>p</b>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	6,41	0,268
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	5,07	0,407
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	4,44	0,488
<b>Restrições na vida social</b>	4,58	0,469
<b>Deficiente apoio familiar</b>	3,15	0,677
<b>Deficiente apoio profissional</b>	5,40	0,369
<b>Problemas financeiros</b>	5,54	0,354
<b>Pontuação total do CADI</b>	4,13	0,531

- Horas de cuidados

Pela determinação do coeficiente de correlação de *Spearman* verificamos que existe uma correlação significativa entre o número de horas de cuidados diários e a dimensão "Exigências de ordem física na prestação dos cuidados",  $r_{s(33)} = 0,442$ ;  $p = 0,008$  (Quadro 39) sendo indicativo de que as dificuldades manifestadas pelos CI's aumentam quanto maior for o número de horas de cuidados prestados.

**Quadro 39-** Resultados do estudo da correlação entre a pontuação do CADI e o número de horas de cuidados diários

	<b>r<sub>s</sub></b>	<b>p</b>
<b>Problemas relacionais com o idoso dependente</b>	0,200	0,249
<b>Reações à prestação de cuidados</b>	0,177	0,309
<b>Exigências de ordem física na prestação de cuidados</b>	<b>0,442</b>	<b>0,008</b>
<b>Restrições na vida social</b>	0,297	0,084
<b>Deficiente apoio familiar</b>	0,049	0,780
<b>Deficiente apoio profissional</b>	0,067	0,703
<b>Problemas financeiros</b>	-0,058	0,742
<b>Pontuação total do CADI</b>	0,177	0,309



## **6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

No capítulo anterior procedemos à análise dos dados obtidos, no sentido de evidenciarmos os resultados mais significativos. Desta forma, segue-se a discussão dos resultados tendo em linha de conta as variáveis do estudo, o enquadramento teórico que alicerçou o nosso estudo e os objetivos primeiramente delineados.

### **Caracterização do perfil dos CI's**

A amostra deste estudo é constituída por 35 CI's que cuidam de idosos dependentes a usufruir de cuidados da ECCI, sendo que a maioria é do sexo feminino (77,1%), comprovando os resultados obtidos noutros estudos efetuados nesta área, onde é destacada uma maior disponibilidade de tempo das mulheres em associação à especialização das tarefas que desenvolvem, enquadradas num contexto sociológico de fortes tendências ideológicas que imputem à mulher a prestação de cuidados mais pessoais e relacionados com as tarefas domésticas (Lemos, 2012; Coelho, 2012; Machado, 2012; Torres et al. 2013; Faria et al. 2013; Miranda, 2013; Lemos et al. 2013; Gonçalves et al. 2013; Rocha e Pacheco, 2013; Nascimento, 2014; Cachada, 2014; Castro et al. 2015; Gaspar, 2015; Almeida, 2016; Martins, 2016).

Contudo, a existência de novos modelos de família e a inclusão da mulher no mundo laboral, sobretudo nos países desenvolvidos, constituem uma realidade condicionando-a na conjugação do papel profissional com o de principal prestadora de cuidados aos seus familiares. Esta situação pode significar uma sobrecarga de trabalho, sendo aceitável que se verifique uma menor disponibilidade para o desempenho da função de cuidador informal, exigindo maior flexibilidade para dar resposta efetiva às diferentes funções que desempenha (Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013).

Relativamente à faixa etária dos CI's do nosso estudo, obtivemos CI's com idades compreendidas entre 34-86 anos, o que é corroborado por outros estudos consultados (Machado, 2012; Rocha e Pereira, 2013; Martins, Corte e Marques, 2014; Almeida, 2016; Trindade et al., 2017; Gayoso et al., 2018). A média de idades dos CI's foi de 65,03 anos no nosso estudo, sendo que 51,4% tem mais de 65 anos indo ao encontro do verificado por Martins, Barbosa e Fonseca (2014) e Gomes (2012); no entanto outros estudos apontam para CI's com uma média de idades inferior à do nosso estudo (Duarte et al. 2013; Lemos et al. 2013 e Martins, Corte e Marques, 2014). As alterações na dinâmica e organização familiar e as políticas sociais desenquadradas das alterações demográficas presentes no mundo atual constituem alguns dos fundamentos pelos quais mais idosos assumem o papel de CI's. Por outro lado, o facto de existirem cada vez mais

cuidadores com idade superior a 65 anos, leva-nos a refletir sobre a problemática de haver idosos, já por si, com alguns problemas de saúde, a cuidar de outros idosos (Araújo e Martins, 2016).

Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve estar particularmente atento a estas alterações na dinâmica familiar e, juntamente com a família, deve proporcionar ajuda, com vista a reunir meios pessoais e sociais, que minimizem o aparecimento de dificuldades na prestação de cuidados ao idoso dependente. Em concordância com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (DR, 2018), na área de saúde familiar, a família deve ser considerada a unidade de cuidados e de todos os seus membros ao longo do ciclo vital, nos diferentes níveis de prevenção.

Similarmente a OE, nos enunciados dos Padrões de Qualidade Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (DR, 2015b), enfatiza que, a comunidade/grupo, nomeadamente a família, deve ser o alvo dos cuidados e das intervenções que, terão como objetivo, a adoção de estilos de vida saudável, a promoção da saúde, prevenção de processos de doença e o reajustamento funcional, proporcionando, desta forma, ganhos efetivos em saúde.

A maioria dos CI's da nossa investigação encontra-se na situação de casado/união de facto (77,1%), o que também é comprovado pelos estudos consultados (Ramos, 2012; Figueiredo, Lima e Sousa 2012; Torres et al. 2013; Faria et al. 2013; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Cachada, 2014; Nascimento, 2014; Martins, 2016). Na restante amostra, verificámos que coexistem, em igual percentagem, solteiros e divorciados com 11,4%.

Ao analisarmos as habilitações literárias, a maioria dos CI's da nossa amostra (62,9%) completaram o 1º ciclo do ensino básico, ou seja, predominam maioritariamente baixos níveis de escolaridade, resultados também verificados nos estudos consultados (Gomes, 2012; Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Lemos, Magalhães e Mata, 2013; Torres et al. 2013; Cachada, 2014; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014; Martins, Corte e Marques, 2014). Esta realidade espelha os baixos níveis de escolaridade característicos do nosso país, o que poderá condicionar as intervenções inerentes ao processo de cuidar, pois para determinadas situações é exigida uma maior capacidade de aprendizagem (Ribeiro, 2013).

No que concerne à situação laboral do CI's, a maioria (62,9%), encontra-se em situação de reforma, o que também se constatou nos estudos consultados (Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Ferreira 2013; Martins, Barbosa e Fonseca, 2014; Gaspar 2015). Depreendemos que o facto de o CI estar reformado constitui uma mais-valia, pois existe uma maior disponibilidade deste para cuidar do idoso familiar dependente.

À semelhança do que acontece noutros estudos, a maioria dos CI's da nossa amostra, (80%), pertencem ao grupo dos trabalhadores não qualificados e 11,4% exercem profissões na área das atividades intelectuais e científicas. Cerca de 68,6% do agregado familiar dos CI's auferem

rendimentos entre os 531-1060 euros, traduzindo as baixas reformas dos idosos e dos CI's, pois como constatámos anteriormente, a maioria são reformados (Gomes, 2012; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Martins, Corte e Marques, 2014).

### ➔ **Caracterização dos idosos dependentes**

Na nossa amostra constatámos que 60,0% idosos dependentes são do sexo masculino, cenário contrastante com os dados estatísticos do INE (2012), segundo os quais, 21,17% da população idosa portuguesa são mulheres e 16,69% são homens. Dados idênticos ao do nosso estudo foram obtidos por Ferreira (2013). A faixa etária dos idosos dependentes da nossa amostra situa-se nos 65-98 anos com uma média de idades de 79,69 anos, sendo que o grupo etário predominante é o dos 78-90 anos (45,7%), à semelhança de outros estudos (Pacheco e Rocha, 2013; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Cachada, 2014; Martins, Corte e Marques, 2014). Os resultados do nosso estudo espelham o elevado índice de envelhecimento nacional (INE, 2012; INE, 2018).

Quanto às principais doenças dos idosos dependentes que participaram no nosso estudo, verificámos que as principais foram as doenças e perturbações do sistema nervoso, onde se incluem as demências, doença de Alzheimer e Parkinson (80,0%) e também as doenças e perturbações do aparelho circulatório (71,4%), como por exemplo acidentes vasculares cerebrais (AVC), arritmias, corroborando o verificado no estudo de Rodrigues (2014) e Almeida (2016). As patologias do aparelho circulatório continuam a assumir a primeira posição nas causas de morte, no entanto, de acordo com os dados do INE (2014) verificou-se um decréscimo de 6.96% no número de óbitos por doença cerebrovascular, entre os anos de 2008-2012 (DGS, 2014b). De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares de 2017 (DGS, 2017: 15): “as doenças cérebro-cardiovasculares são a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos”. Simões e Grilo (2012) mencionam a transição demográfica, como sendo um processo que se continua a desenrolar no mundo ocidental, o que conduz à sobrevivência das pessoas com idade mais avançada por mais anos, isto é a uma maior longevidade, sendo desta forma o risco de um AVC muito superior e com consequências mais graves.

No que diz respeito ao grau de dependência dos idosos nas suas ABVD, avaliado através do Índice de Barthel, constatámos que 80% dos idosos da nossa amostra apresenta dependência total, espelhando a realidade do nosso país, pois o índice de dependência tem vindo a aumentar. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes (Figueiredo, Lima e Sousa, 2012; Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Ferreira, 2013; Miranda, 2013, Almeida, 2016).

Numa análise mais aprofundada ao Índice de Barthel, nomeadamente por áreas de dependência, verificou-se no nosso estudo que as atividades básicas de vida diária mais afetadas por ordem decrescente são: o banho, subir e descer escadas, a higiene corporal e o uso da casa de banho, vestir, a alimentação e a transferência entre superfícies, situação também verificada no estudo de Miranda (2013).

### ➔ **Caracterização do contexto da prestação dos cuidados**

De acordo com os dados obtidos, no que diz respeito ao grau de parentesco do cuidador informal com o idoso, a maioria era o cônjuge do idoso cuidado (60,0%) e, em seguida são filhos (as) / enteados (as) (28,6%). Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos como os de Ramos (2012); Figueiredo, Lima e Sousa (2012); Gonçalves, Almeida e Antunes (2013); Cachada (2014) e Martins, Barbosa e Fonseca (2014), nos quais são os cônjuges e as filhas que surgem como o principal recurso para a prestação de cuidados ao idoso dependente. Nos casos em que não existe uma filha, é o filho que assume a responsabilidade dos cuidados, embora acabe por transferir a responsabilidade para a sua esposa. De acordo com Figueiredo (2007), a família tem readquirido o papel de cuidadora de um familiar em situação de dependência, pois situações de desemprego assim o proporcionam. Cuidar dos familiares mais idosos, assume-se como uma tradição cultural mediterrânica e, apesar das mutações sofridas ao nível da organização e função da família, são os familiares mais diretos que adotam, na generalidade dos casos, a responsabilidade do cuidar.

Relativamente à coresidência, constatou-se que 91,4% dos CI's inquiridos coabitam com idoso dependente a quem prestam cuidados, à semelhança de alguns estudos como os de Figueiredo, Lima e Sousa (2012); Miranda (2013); Dahdaha e Carvalho (2014); Cachada (2014) e Castro et al. (2015). Estes dados corroboram o ponto de vista de Sequeira (2010) o qual aponta a coresidência como um dos fatores de escolha do cuidador, devido à proximidade física e afetiva entre o idoso dependente e o cuidador.

Em média os cuidados existem há  $5,67 \pm 5,12$  anos, com um mínimo de um mês e um máximo de 20 anos. Verificou-se que o intervalo de tempo de prestação de cuidados a idosos dependentes mais frequente, é o que varia entre 1 a 5 anos, correspondendo a 40,0% dos CI's, resultados idênticos a alguns estudos consultados (Gonçalves, Almeida e Antunes, 2013; Lemos, Magalhães e Mata, 2013; Dahdaha e Carvalho, 2014; Martins, 2016; Parente, 2017)

Quanto à frequência na prestação de cuidados, apurou-se que a totalidade dos CI's da nossa amostra presta cuidados diariamente. Os CI's inquiridos despendem entre 1 e 24 horas, o que demonstra a disponibilidade nas 24 horas, com uma média de 10,34 horas, sendo que 45,7% dos CI's passa entre 6 a 10 horas na prestação de cuidados ao idoso. Dahdaha e Carvalho (2014) referem no seu estudo que 65,0% dos CI's prestam cuidados por mais de 12 horas ao dia.

Constatou-se que os cuidados mais prestados ao idoso são: medicação, vestir/despir, tratamento da roupa, higiene da habitação e a higiene pessoal, corroborando o já verificado noutros estudos (Ramos, 2012; Pereira, 2013; Ferreira, 2013; Cachada, 2014).

Quando inquiridos acerca da experiência prévia na área da prestação de cuidados, 26 CI's responderam que era a primeira vez que cuidavam de um idoso (74,3%), o que poderá ser prenúncio de dificuldades, pois trata-se, para a maioria dos CI's da nossa amostra, de um primeiro contacto com a prestação de cuidados a um idoso dependente.

### ➔ **Identificação das dificuldades percecionadas pelos dos CI's dos idosos dependentes**

Através da aplicação do CADI foi possível investigar as principais dificuldades percecionadas pelos CI's na prestação de cuidados neste estudo, sendo que os CI's percecionaram maiores dificuldades nas dimensões *reações à prestação de cuidados* (18,86), seguida das *exigências de ordem física na prestação de cuidados* (14,83) e dos *problemas relacionais com o idoso dependente*. A dimensão onde os CI's percecionaram menos dificuldades é na dimensão *deficiente apoio profissional* (3,31). Estes resultados são semelhantes aos de alguns estudos, os quais apontam como maior dificuldade as dimensão *exigências de ordem física na prestação de cuidados* (Brito, 2002; Miranda, 2013; Martins, Corte e Marques, 2014; Cachada, 2014; Parente, 2017). No estudo de Almeida (2016) e Brito (2002) os CI's referiram maiores dificuldades com as *exigências de ordem física na prestação de cuidados*, sendo a deterioração cognitiva e a dependência dos idosos fomentadores dessas dificuldades.

- *Problemas relacionais com a pessoa dependente:*

A maioria dos CI's, nesta dimensão, não refere dificuldades sendo que 88,6% dos CI's responderam que lhes dá satisfação cuidar do idoso dependente. Estes resultados assemelham-se aos obtidos nos estudos de Brito (2002) e Martins, Corte e Marques (2014), embora o facto do idoso dependente não ajudar tanto quanto poderia, possa trazer alguma perturbação ao cuidador informal.

- *Reações à prestação de cuidados*

Esta foi a dimensão onde os CI's percecionaram maiores dificuldades.

A maioria dos CI's referiram não ter tempo para si (62,9%), sentirem-se de “mãos atadas” (77,1%), sentirem-se com os nervos transtornados (60,0%) e não dedicarem tempo suficiente às outras pessoas da família (54,3%). Estes resultados corroboram os referidos em vários estudos (Brito, 2002; Sequeira, 2010; Nascimento, 2014). No estudo de Almeida (2016) as dificuldades



nesta dimensão foram referidas em segundo lugar. Nesta dimensão é possível identificar sentimentos de inquietação e o facto do cuidador se sentir impotente perante determinadas situações, na medida em que são situações que lhe reduzem o tempo livre para ele próprio e para com a família, transtornando as suas relações (Brito, 2002; Sequeira, 2010).

- *Exigências de ordem física na prestação de cuidados*

Os CI's inquiridos expuseram como algo perturbador o facto de se sentirem cansados fisicamente (37,1%) e andarem a dormir pior devido à prestação de cuidados ao idoso dependente (57,2%), indo ao encontro dos estudos de Brito (2002); Cachada (2014) e Martins, Corte e Marques (2014). Esta dimensão diz respeito ao cansaço físico e à fragilidade e debilidade sentida em termos de saúde da parte do CI, tendo sido referido como uma das principais dificuldades dos CI's no estudo de Cachada (2014).

- *Restrições na vida social*

No que diz respeito às restrições na vida social dos CI's, constatou-se que 31,4% referiu como sendo algo perturbador estar *afastado do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gostam*. A cerca de 40,0% dos CI's causa-lhe alguma perturbação o facto de *não estar com os amigos tanto quanto gostaria*. Estes resultados vão ao encontro dos verificados nos estudos de Miranda (2013); Cachada (2014); Martins, Corte e Marques (2014) e Almeida (2016). Para Sequeira (2010) este é um dos fatores que melhor explica as dificuldades dos CI's de idosos dependentes, pois significa a diminuição da qualidade de vida do CI, devido um decrescente convívio deste com os amigos e, até, com a própria família.

- *Apoio familiar*

Nesta dimensão são espelhadas as dificuldades relativas à carência de ajuda por parte da família e constatou-se que a maioria dos CI's não preeccionou dificuldades neste contexto, sendo que 54,3% dos CI's referiram que as pessoas da família lhes proporcionam a atenção de que necessitam e 62,9% dos CI's recebem ajuda dos seus familiares. O mesmo se constatou no estudo de Nascimento (2014), onde 60,0% dos cuidadores evidenciarem satisfação com o apoio familiar recebido, ao contrário do verificado por Brito (2002) e Martins, Corte e Marques (2014).

- *Apoio profissional*

Foi nesta dimensão que os CI's percecionaram menores dificuldades, pois os cuidadores pertencentes à amostra deste estudo beneficiam de apoio formal, pela ECCI. Estes resultados corroboram os estudos de Miranda (2013); Martins, Corte e Marques (2014) e Almeida (2016). No entanto, Brito (2002), no seu estudo, refere que o deficiente apoio profissional foi sentido como causa de dificuldade por mais de metade dos CI's.

Perante o facto da maioria dos idosos da nossa amostra serem totalmente dependentes, a complexidade dos cuidados foi maior e, neste sentido, o apoio da ECCI em contexto domiciliário, assumiu bastante importância no quotidiano do CI e do idoso dependente. Fundamentalmente, a equipa de enfermagem da ECCI, providencia o acompanhamento do idoso dependente, disponibilizando cuidados específicos face à singularidade de cada situação, contribuindo para que a adaptação e a capacitação do CI resultem em ganhos em saúde para o idoso dependente e menores dificuldades para o CI.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, que integra a ECCI, de acordo com as suas competências específicas, intervém na capacitação da comunidade, mais especificamente junto dos CI's dos idosos dependentes acompanhados no domicílio, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados à situação específica. De acordo com o seu nível de conhecimentos científicos, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária contribui para o processo de capacitação dos CI's .

Os resultados obtidos poderão ser reveladores da importância das estratégias utilizadas pelos enfermeiros da ECCI, os quais têm como alvo de cuidados a família que cuida do idoso dependente, demonstrando estar atentos às competências dos CI's no contexto de prestação de cuidados domiciliários.

- *Problemas financeiros*

A prestação de cuidados foi referida por 48,5% dos CI's como sendo causadora de problemas de dinheiro. A maioria dos CI's (71,4%) mencionou que *a sua qualidade de vida piorou*, sendo considerado perturbador, indo ao encontro dos resultados de alguns estudos (Brito, 2002; Miranda, 2013 e Nascimento, 2014).

## **Fatores determinantes das dificuldades do cuidador informal do doente idoso dependente**

Através da estatística inferencial efetuada neste estudo procurou-se analisar alguns fatores determinantes das dificuldades percecionadas pelos CI's do idoso dependente.

Do estudo da correlação entre os rendimentos do cuidador com cada uma das dimensões do CADI, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão "*deficiente apoio familiar*", o que significa que cuidadores com menores rendimentos revelam mais dificuldades em cuidar dos idosos dependentes, como se verificou no estudo de Brito (2002); Cordeiro (2011); Martins, Corte e Marques (2014) e Almeida (2016).

Desta forma, conclui-se que os CI's, pelo facto de terem rendimentos mais baixos, percecionam mais dificuldades na prestação de cuidados ao idoso dependente. Tal poderá dever-se ao facto de não existir resposta adequada, em termos financeiros, face às exigências de cuidar do idoso dependente, nomeadamente medicação, ajudas técnicas, melhorias nas condições habitacionais, indo ao encontro das necessidades de apoio financeiro apontadas por Figueiredo (2007).

Da comparação entre o número de horas de cuidados ao idoso com cada uma das dimensões do CADI, verificou-se que existe uma correlação significativa com a dimensão "*exigências de ordem física na prestação dos cuidados*". Esta correlação indica que as dificuldades manifestadas pelos cuidadores aumentam quando o número de horas de cuidados é maior. A razão poderá residir no facto de que quanto maior for o número de horas que o CI despende na prestação de cuidados, mais cansado fisicamente estará, com problemas ao nível do sono e da sua saúde. Desta forma, torna-se exequível proporcionar algum tempo livre ao CI, que lhe permita realizar atividades do seu agrado, beneficiando de algum tempo e espaço de atenção para si. Por conseguinte, encontra-se contemplado na lei e, desde que o idoso esteja inscrito na RNCCI, a possibilidade de programar internamentos na rede, por um período máximo de 90 dias por ano, designado descanso do cuidador, sendo que todas as unidades da rede têm vagas previstas para estas situações (DR, 2017).

## CONCLUSÕES

Os estudos demográficos têm exposto o envelhecimento populacional como um dos mais importantes fenómenos do séc. XXI. O progresso científico e tecnológico a par do aumento da esperança média de vida e de uma acentuada diminuição da natalidade têm contribuído, significativamente, para o aumento da faixa populacional idosa (Figueiredo, 2014).

Assim sendo, o processo de envelhecimento, logicamente, deve ser encarado como um acontecimento natural e não como um problema. A resposta mais adequada ao sucesso, neste processo, reside na mudança de comportamentos e atitudes das comunidades, bem como na formação dos profissionais de saúde e na criação de redes de apoio social, no sentido de obter uma maior autonomia e independência da população idosa.

A família, indubitavelmente, acaba por assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados, tanto na saúde como na doença, ao idoso dependente. É no seio familiar que se conhece e se entranham os comportamentos de bem-estar, autocuidado e onde são providenciados cuidados aos elementos da família, ao longo do seu ciclo vital.

Com vista a fornecer uma resposta à questão de investigação que originou este estudo, passamos a sintetizar os principais resultados obtidos do decorrer da investigação.

Através dos dados obtidos verificamos que o perfil do CI integra as seguintes características: 77,1% dos cuidadores são do sexo feminino e apenas 22,9% são do sexo masculino, com idades compreendidas entre 34 e os 86 anos. Em relação ao estado civil, a maioria dos CI's (77,1%) é casada/união de facto, tendo completado o 1º ciclo do ensino básico e encontrando-se reformados com a mesma percentagem (62,9%), auferindo rendimentos mensais entre os 531 e 1060 euros em termos de agregado familiar.

Relativamente às características dos idosos dependentes, constatámos que 60,0% são do sexo masculino, situados numa faixa etária entre os 65 e 98 anos, apresentando uma média idade de 79,69 anos. Em termos de co morbilidades verifica-se que padecem de várias patologias crónicas, sendo a mais mencionada o AVC, com um impacto significativo na necessidade de prestação de cuidados por um cuidador. As principais doenças dos idosos dependentes que participaram no nosso estudo, foram as doenças e perturbações do sistema nervoso, onde se incluem as demências, doença de Alzheimer e Parkinson (80,0%). No que diz respeito ao grau de dependência dos idosos nas suas ABVD, constatámos que 80,0% dos idosos apresenta dependência total; 11,4% apresentam dependência grave e 8,6% dos idosos dependência moderada, sendo que a ABVD mais afetada é o banho, ou seja 97,0% dos idosos dependentes não consegue tomar banho sozinho.

Analogamente às características do contexto da prestação de cuidados, a maioria dos CI's (60,0%) são cônjuge ou companheiro (a) do idoso cuidado, 28,6% são filhos (as) /enteados (as), sendo que 91,4% dos CI's coabitam com o idoso a quem prestam cuidados. Das 32 situações em que o cuidador e a pessoa dependente partilham habitação, apenas três dos CI's ainda tem filhos sob a sua responsabilidade, sendo que a grande maioria (82,9%) não integra a dupla responsabilidade de cuidar dos filhos e do idoso dependente em simultâneo. Em média os cuidados duram há  $5,67 \pm 5,12$  anos, com um mínimo de um mês e um máximo de 20 anos. Verificámos que o intervalo de tempo de prestação de cuidado mais frequente é o que varia entre 1 a 5 anos, correspondendo a 40,0% dos cuidadores.

No que diz respeito à frequência na prestação de cuidados, apurámos que a totalidade dos CI's da nossa amostra, presta cuidados diariamente. Os CI's despendem entre 1 e 24 horas, com uma média de 10,34 horas, sendo que 45,7% dos CI's passa entre 6 a 10 horas na prestação de cuidados ao idoso destacando-se as seguintes áreas de atuação: medicação (97,1%), vestir /despir (91,4%), tratamento da roupa (94,3%), higiene da habitação (85,7%) e a higiene pessoal (82,9%). A maioria dos CI's (74,3%) afirmaram não possuir experiência prévia na área da prestação de cuidados.

De acordo com a análise estatística ao valor total do CADI, a dimensão onde os CI's percecionaram maiores dificuldades foram nas *reações à prestação de cuidados* ( $\bar{x}$ :18,86), seguida das *exigências de ordem física na prestação de cuidados* ( $\bar{x}$ :14,83) e dos *problemas relacionais com o idoso dependente*. A dimensão onde os CI's percecionaram menos dificuldades foi na dimensão *deficiente apoio profissional* ( $\bar{x}$ :3,31).

Relativamente aos fatores determinantes das dificuldades percecionadas pelos CI's aferimos que as dificuldades manifestadas pelos cuidadores aumentam quando o número de horas de cuidados é maior e cuidadores com menores rendimentos revelam mais dificuldades em cuidar dos idosos dependentes.

### **Limitações do estudo**

Uma das limitações do nosso estudo diz respeito ao tamanho reduzido da amostra, tendo sido apenas possível aplicar o instrumento de colheita de dados a 35 CI's, não sendo viável extrapolar resultados do ponto de vista estatístico para a população, como na maioria dos estudos realizados com CI's de idosos dependentes.

Em termos de prazos também nos deparámos com algumas limitações, nomeadamente a obtenção de autorizações para aplicar o instrumento de colheita de dados, o que condicionou o bom desenvolvimento do estudo.

De salientar que, pelo facto de ser um assunto bastante delicado e a colheita de dados ter decorrido no domicílio dos CIs, a visita poderá ter sido vista como uma intromissão na vida privada destas famílias.

### **Implicações práticas**

Os resultados deste estudo, no âmbito da temática do cuidador informal, contribuem para dar visibilidade à necessidade de apoio a todos os que cuidam dos seus familiares idosos dependentes no domicílio. As evidências aqui apresentadas vão ao encontro da literatura consultada, nomeadamente sobre a experiência de ser cuidador informal, não podendo ser encarada somente como uma tarefa que traz satisfação, mas também considerar as dificuldades que advêm deste processo. A prestação de cuidados requer um esforço, por vezes desmedido por parte do CI e, frequentemente, pouco reconhecido, levando a que estes abandonem a sua atividade profissional e se afastem do convívio social e familiar.

Uma abordagem direcionada ao cuidador informal deve ser parte integrante do processo de cuidados.

O conhecimento das dificuldades da família em cuidar do idoso dependente por parte da equipa de saúde poderá providenciar estratégias resolutas no âmbito dos cuidados domiciliários.

Neste sentido, o enfermeiro de família, assume-se como o profissional de saúde de referência, pois trata-se do elemento da equipa de saúde que responde às necessidades da família, cuidando dela como uma unidade de cuidados, prestando cuidados específicos em cada fase do ciclo vital da família. O enfermeiro de família, como suporte qualificado para providenciar respostas às dificuldades e necessidades da família cuidadora, gere os recursos na comunidade, com vista a garantir o acesso igualitário e equitativo aos cuidados de enfermagem e de saúde ao idoso dependente.

A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem como princípio o envolvimento da família como alvo dos cuidados de Enfermagem, no sentido de a capacitar para o desenvolvimento de competências que permitam uma vivência saudável nos seus constantes processos de mudança e consequentes ganhos em saúde. Desta forma atenuam-se as dificuldades decorrentes da prestação de cuidados ao idoso dependente e promove-se a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado.

Perante este cenário, a criação de um manual para o CI parece-nos fundamental, pois poderá ser um guia para muitos que cuidam pela primeira vez e assumem esse papel com muita coragem, transmitindo-lhes segurança na prestação de cuidados.

Também consideramos pertinente a formação do cuidador informal, nomeadamente através da organização de sessões de educação para a saúde e a criação de grupos de apoio ao

cuidador informal, no sentido deste expor as suas dúvidas/receios e ser capacitado para uma prestação de cuidados de qualidade.

A considerar seria a introdução do CADI como instrumento de avaliação das dificuldades do cuidador informal nas ECCI, não somente devido ao seu fácil preenchimento, bem como ao despiste de situações de exaustão para o cuidador informal e monitorização do bem-estar dos CI's.

### **Sugestões de Investigação**

Em estudos futuros consideramos primordial o alargamento do tamanho da amostra e tempo de colheita de dados, pois os resultados a obter serão, com certeza, mais tenazes, permitindo a inferência dos mesmos para a população.

Sendo uma área tão vasta e de discussão atual, a investigação deve continuar, no sentido de promover a assunção do papel de cuidador informal tendo por base o investimento na promoção de cuidados baseados nas necessidades e dificuldades dos familiares cuidadores do idoso dependente. A aposta neste contexto deve ser dirigida para estratégias planeadas que promovam a importância do cuidar em família, para que o idoso e o cuidador informal sejam considerados uma unidade de cuidados e que o cuidar não signifique isolamento social, privação de liberdade ou desistência.

## BIBLIOGRAFIA

- Almeida, A. C. S. (2016). *Nível de Sobrecarga e Dificuldades do Cuidador Informal: Cuidar da Pessoa Dependente*. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em fevereiro 10, 2018, em: <http://hdl.handle.net/10400.19/3051>
- André, S. M. F. S., Nunes, M. M. J. C., Martins, M. M. F. P. S. e Rodrigues, V. M. C. P. (2013). Saúde mental em cuidadores informais de idosos dependentes pós-acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III, 11, p. 85-94. Acedido em fevereiro 13, 2016, em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832013000300010](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000300010)
- Andrade, A. e Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, nº 40, p.185-199. Acedido em 4 fevereiro 2016.
- Araújo, F.; Ribeiro, J. L. P.; Oliveira, A e Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25: 2, p.59-66. Acedido em fevereiro 13, 2016, em: [https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=84575](https://sigarra.up.pt/flup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=84575)
- Araújo, I. M. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto. Acedido em novembro 30, 2017, em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutIsabel.pdf>
- Araújo, I., Paul, C. e Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*. Série III, nº 2, p. 45-53. Acedido em novembro 25, 2017, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a05.pdf>



- Araújo, F. e Martins, T. (2016). Avaliação dos Cuidadores. Considerações e orientações para a prática. In Martins et al. (Organizadores). *A pessoa dependente e o Familiar Cuidador*. (p. 113). Porto: ESEP.
- Azevedo, M. S. A. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão Integrativa*. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Acedido em novembro 30, 2017, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>
- Berger, M. e Maillox-Poirier (1995). *Pessoas Idosas, uma abordagem global*. Lisboa. Lusodidacta.
- Brito, L. (2002). A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cabete, D. G. (2005). *O Idoso, a Doença e o Hospital. O Impacto do Internamento no estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Lusociência.
- Cachada, C. R. (2014). *Cuidadores informais de idosos: avaliação dos antecedentes e consequentes do cuidar*. Mestrado em Gerontologia. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido em dezembro 2, 2017, em: [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1828/1/Catarina\\_Cachada.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1828/1/Catarina_Cachada.pdf)
- Cardoso, L.; Mazza, R. S.; Ricci, M. A. M. e Vieira, M. V. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 46 (2), p. 513-517. Acedido em novembro 30, 2016, em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>
- Carvalho, D. e Silva, C. (2013). Ser cuidador em contexto domiciliário: a gestão do cuidado ao idoso. In Souza D. C. D. B. N. e Rua, M. S. (Coord.). *Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. (p.59). UA Editora Universidade de Aveiro.

- Castro, D. S., Frizzera, F. Z., Rodrigues, R., Leite, F., Primo, C. C., Olympio, P. C. (2012). *Perfil de Familiares Cuidadores de Pessoas em Assistência Domiciliar*. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (p.296). Porto: ESEP.
- Castro, L., Souza, D. N., Ferreira, M., Guimarães, C. N., Leite A. C., Pacheco, C. e Alves, V. (2015). Cuidador Familiar: Relação Familiar e a Satisfação no Cuidar. *Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Saúde. Investigación Cualitativa en Salud*. Volume 1. 492-496. Acedido em março 26, 2017, em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/113>
- Coelho, M. C. P. (2012). *O Idoso Dependente no Domicílio: Perceção de Sobrecarga do Cuidador Informal num Concelho do Distrito da Guarda*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico da Guarda. Escola Superior de Saúde. Acedido em 8 setembro, 2017, em: <http://hdl.handle.net/10314/1316>
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Edição, Loures: Lusociência.
- Cordeiro, L. A. G. (2011). *Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido em setembro 7, 2017, em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1665>
- CIPE (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 2015. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. maio de 2016
- Cunha, M., Pimenta R. e Nascimento, A. (2013). Género e Qualidade de vida do cuidador informal. In Souza D. C. D. B. N. e Rua, M. S. (Coord.). *Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. (p.130). UA Editora Universidade de Aveiro.
- Dahdaha, D. F. e Carvalho, A. M. P. (2014). Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*, 22 (3), 463-472. Acedido em setembro 2, 2017, em UFSCar: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.067>

- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Direção Geral da Saúde Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. Lisboa, 2006  
Acedido em novembro 6, 2017, em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-Publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2014a). *Portugal idade maior em números 2014. A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa, 2014. Acedido em novembro 1, 2017, em: <https://www.dgs.pt/estatisticas.../portugal-idade-maior-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2014b). *Portugal. Doenças cérebro-cardiovasculares em números: Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares*. Lisboa
- Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Maio. Acedido em 10 fevereiro de 2016:  
<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares*. Lisboa. Acedido em março 30, 2018, em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares-2017.aspx>
- Diário da República (2006). Decreto-Lei n.º 101/2006.1.ª Série-A, N.109 — 6 de junho de 2006, 3856-3865.
- Diário da República (2015a). Decreto-Lei n.º 136/2015.1.ª Série, N.º 145, 28 de julho de 2015, 5081-5091.
- Diário da República (2015b). Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº348/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2ª Série, 118 (15-06-19), 16481-16486

Diário da República (2017). Portaria n.º 50/2017. 1.ª Série — N.º 24 — 2 de fevereiro de 2017. 608 - 629

Diário da República (2018). *Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 428/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*, 19354 -19359.

Faria, C., Toipa, D., Lamela, D. e Bastos, A. (2013). Cuidados filiais na meia-idade: o impacto da ansiedade filial. in Souza D. C. D. B. N. e Rua, M. S. (Coord.). *Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. (p.130). UA Editora Universidade de Aveiro.

Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*, 20 (1), 106-194. Acedido em novembro 25, 2017, em: <http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>

Félix, L. M. M. (2008). *Sobrecarga e dificuldades dos cuidadores informais dos mais velhos*. Dissertação de Mestrado. Acedido em novembro 20, 2017, em Repositório da faculdade de Medicina, da Universidade de Lisboa: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/6092>.

Ferreira, S. ; Pereira, A. ; Ferreira, A. ; Vieira, E. e Meireles, N. (2012). Família como suporte na reabilitação do paciente com AVC. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (p. 241-245). Porto: ESEP.

Ferreira, I. N. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Relatório do Trabalho de Projeto para Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Acedido em novembro 20, 2017, em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5097/.../trabalho%20final%20MESMP.pdf>

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Figueiredo, D., Lima, M. P. e Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2012, 13 (1), 117-129. Acedido em março 9, 2017, em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n1/v13n1a11.pdf>
- Figueiredo, M.F.F.Q.B. (2014). *O Envelhecimento humano. Aprender a viver com a idade* (1ª ed.). Lisboa: Edições Vieira da Silva.
- Florian, L. A.; Azevedo, R. C. S.; Reiners, O. A. A. e Sudré, M. R. S. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 julho-setembro; 21(3), p.543-8. Acedido em novembro 9, 2017, em: [www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08](http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a08)
- Fontes, J. (2014). *Idadismo e seus corroleiros em estudantes de enfermagem*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Gayoso, M. V.; Avila, M. A. G.; Silva, T. A.; Alencar, R. A. (2018). Avaliação do nível de conforto de cuidadores de pacientes com câncer em cuidados paliativos. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3029. Acedido em setembro 28, 2018, em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2521.3029>
- Gaspar, C. A. S. (2015). *O Cuidador Informal da Pessoa Dependente nos Autocuidados: Necessidades e Expectativas Face ao Regresso a Casa*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Acedido em dezembro 1, 2017, em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTr63--rXdAhXN\\_aQKHagBsYQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenf.c.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D36194%26code%3D642&usg=AOvVaw1Aki6ozue6lfmXcDyjAO6v](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjTr63--rXdAhXN_aQKHagBsYQFjAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Frepositorio.esenf.c.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D36194%26code%3D642&usg=AOvVaw1Aki6ozue6lfmXcDyjAO6v)

- Gomes, B. e Martins, M. M. (2016). Funcionalidades, autonomia e dependência. In Martins *et al.* (Organizadores). *A pessoa dependente e o Familiar Cuidador*. (p. 29). Porto: ESEP.
- Gonçalves, L.; Almeida, M. e Antunes, L. (2013) Idosos que cuidam de idosos no domicílio. In Souza D. C. D. B. N. e Rua, M. S. (Coord.). *Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. (pp.48). UA Editora Universidade de Aveiro.
- Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Práticas e Investigação*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva [sic] do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar – Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. M. I. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- INE (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*.
- INE (2012). *Censos 2011. Resultados Definitivos*. Lisboa: INE, I.P. Acedido em outubro 21, 2017, em INE: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOSexpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_detecontexto=puePUBLICACOESpub\\_boui=73212469ePUBLICACOESmodo=2eselTab=tab1epcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOSexpgid=ine_censos_publicacao_detecontexto=puePUBLICACOESpub_boui=73212469ePUBLICACOESmodo=2eselTab=tab1epcensos=61969554)
- INE (2016). Tábuas de Mortalidade 2013-2015. *Destaque*. Informação à Comunicação Social. 30 de setembro de 2016. Acedido em novembro 8, 2017, em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine\\_destaqueDestAQUESdest\\_boui=250157580eDESTAQUESmodo=2exlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_destaqueDestAQUESdest_boui=250157580eDESTAQUESmodo=2exlang=pt)
- INE (2017a). Projeções de População Residente 2015-2080. *Destaque*. Informação à Comunicação Social. 29 março de 2017. Acedido em novembro 6, 2017, em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine\\_destaque&DESTAQUESdest\\_boui=277695619eDESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=277695619eDESTAQUESmodo=2)

INE (2017b). Estimativas de População Residente em Portugal 2016. *Destaque*. Informação à Comunicação Social. 16 junho de 2017. Acedido em novembro 6, 2017, em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine\\_destaque&DESTAQUESdest\\_boui=281137261eDESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INEexpgid=ine_destaque&DESTAQUESdest_boui=281137261eDESTAQUESmodo=2)

INE (2018). Estatísticas demográficas 2017. Acedido em maio 19, 2018, em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=348255064&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=348255064&att_display=n&att_download=y)

Lemos, J. A. (2012). *Avaliação das dificuldades dos Cuidadores Informais de idosos dependentes*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Acedido em 25 outubro, 2017, em: <http://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8088/1/Jacinta%20Almeida%20Lemos.pdf>

Lemos, J., Magalhães, C. P. e Mata, A. (2013). Avaliação das dificuldades dos cuidadores informais de idosos dependentes. In Souza D. C. D. B. N. & Rua, M. S. (Coord.). *Cuidadores informais de pessoas idosas: caminhos de mudança*. (pp.53). UA Editora Universidade de Aveiro.

Machado, S. C. G. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções à pessoa idosa dependente, no concelho de Santana*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Acedido em outubro, 21, 2016, em: <http://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/587/1/MestradoSorayaMachado.pdf>

Maroco J. e Garcia-Marques T. 2006. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório Psicologia*. p. 65 – 90. Acedido em novembro, 25, 2017, em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>

Maroco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. ReportNumber.

- Marques, S. C. L. (2007). *Os Cuidadores Informais de Doentes com AVC*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde, Lda.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Martins, J., Barbosa, M. H. e Fonseca, C. (2014). Sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes: características relativas ao cuidador. *International Journal of Developmental and educational Psychology*. INFAD Revista de Psicologia, 1 (2), p. 235-242. Acedido em dezembro, 7, 2017, em: [www.ipg.pt/udi/files/anuariocientifico\\_2014\\_final.pdf](http://www.ipg.pt/udi/files/anuariocientifico_2014_final.pdf)
- Martins, C. S. G; Corte, A. E. M. e Marques, E. M. B. G. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *Revista de Psicologia*, 1(2), p. 177- 184
- Martins, M. F. B. P. (2016). *Cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo na freguesia dos Olivais, Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Instituto Universitário de Lisboa. Acedido em dezembro, 16, 2017, em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/12953>
- Melo, R. M. C., Rua, M. S. e Santos, C. S. V. B. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 2, p.143-151.
- Ministério da Saúde (2014). *Manual do Cuidador*. ARS Norte. Acedido em outubro, 10, 2017, em: <https://www.mgfamiliar.net/itemgenerico/mcd>
- Miranda, L. S. C. (2013). “*Os Cuidadores Informais na Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas em Situação de Dependência*” *Um estudo no Concelho do Montijo*. Dissertação de Mestrado. Acedido em fevereiro, 8, 2018, em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6576/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Liliana%20Miranda.pdf>
- Moniz, J. M. N. (2003). *A Enfermagem e a pessoa Idosa. A prática de cuidados como experiência formativa*. Lusociência.



- Nascimento, M. S. (2014). *Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela*. Dissertação de Mestrado. Bragança, maio. Acedido em dezembro, 16, 2017, em:  
<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9936/1/Miriam%20S%C3%ADvia%20Nascimento.pdf>
- Neves, M. M. A. M. da C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*; Série III, 8, p.125-134.
- Netto, M. P. e Ponte, J. R. (2002). Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In Netto, M.P. Gerontologia. *A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu. p.3.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento do idoso*. Livros de psicologia – Edições de Psicologia. Legis Editora.
- OMS (2015). *Relatório Mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial de Saúde. Genebra: OMS.
- OPSS (2015). *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?-Relatório de Primavera 2015*. Acedido em dezembro, 27, 2017, em:  
<http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>
- OPSS (2017). *Viver em tempos incertos. Sustentabilidade e equidade na saúde- Relatório de primavera 2017*. Acedido em dezembro, 20, 2017, em:  
[http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2017.pdf](http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *“Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos”*. Acedido em fevereiro, 3, 2016, em:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/dia-internacional-da-fam%C3%ADlia-enfermeiros-e-fam%C3%ADlias-em-parceria-na-constru%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-para-todos/>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Proposta apresentada pelo Conselho Directivo, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária em 11/09/2010. Acedido em maio 30, 2017, em: [https://www.aesop-enfermeiros.org/up/ficheiros-bin2\\_ficheiro\\_pt\\_0483229001435324622-70.pdf](https://www.aesop-enfermeiros.org/up/ficheiros-bin2_ficheiro_pt_0483229001435324622-70.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dia Internacional da Família 2014*. Lisboa, 2014. Acedido em maio, 21, 2017, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia>>

Osório, A.R. (2007). Os Idosos na Sociedade Actual. In Osório A. R. e Pinto, F. C. (2007) *As Pessoas idosas. Contexto Social e Intervenção Educativa*. p. 11. Instituto Piaget.

Paúl, C. (2005). *A construção de um modelo de envelhecimento humano*. In Paúl, C. e Fonseca, A. M. *Envelhecer em Portugal*. p. 21. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. (2012). Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da gerontologia. In Paúl, C. e Ribeiro, O. (Coord.). *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. p.1. Lidel.

Parente, I. M. C. (2017). *Um olhar sobre quem Cuida: Dificuldades e resiliência do cuidador informal*. Trabalho de Projeto. Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde. Acedido em agosto, 21, 2018, em: <http://hdl.handle.net/10198/14684>

Peixoto, M. J. e Machado, P. P. (2016). Programas de intervenção aos familiares cuidadores. In Martins et al. (Organizadores). *A pessoa dependente e o Familiar Cuidador*. p. 131. Porto: ESEP

Pego, M. A. S. S. (2013). *Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal*. Universidade Nova De Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. XIV Curso de Mestrado em Saúde Pública – 2011/2013. Acedido em setembro 11, 2017, em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/10752/3/RUN%20->

%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-  
%20Maria%20Ana%20Pego.pdf

Pereira, H. R. (2013). *Subitamente cuidador informais! Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência.

Petronilho, F. A. S. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador* – Tese de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Acedido em julho 1, 2017, em: [repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10572/1/ulsd067227\\_td\\_Fernando\\_Petronilho.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10572/1/ulsd067227_td_Fernando_Petronilho.pdf)

Polit, D. F.; Beck, C. T. e Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

PORDATA (2017). <https://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>  
Acedido dezembro 30, 2017

Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F. e Pereira, M. (2004). *O sentido das Idades da Vida. Interrogar a solidão e a dependência*. Gerontologia Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. CESDET Edições.

Ramos, C. P. (2012). *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores informais de Idosos Dependentes da Beira Interior*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em gerontologia. Universidade da Beira Interior. Covilhã. Acedido dezembro 30, 2017, em: <http://hdl.handle.net/10400.6/1180>

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família. Perspectiva Sistémica*. Biblioteca das Ciências do Homem. Psicologia, psiquiatria, psicanálise/16. 3ª Edição. Edições Afrontamento.

Ribeiro, A. C. B. L. F. (2013). *Benefícios da Intervenção da Enfermagem de Reabilitação na minimização da Sobrecarga do Cuidador Informal do Doente com Acidente Vascular Cerebral*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para

obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação. Acedido em julho 1, 2017, em:

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwinwMeni7bdAhUQPsAKHT3RBkoQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Frepository.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24741%26code%3D465&usg=AOvVaw0eproh5qALMJOfceH\\_yuwj](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwinwMeni7bdAhUQPsAKHT3RBkoQFjAAegQIAxAC&url=https%3A%2F%2Frepository.esenfc.pt%2Fprivate%2Findex.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24741%26code%3D465&usg=AOvVaw0eproh5qALMJOfceH_yuwj)

Rocha, B. M. P. e Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm.*, 26 (1), p. 50-6.

Rodrigues, R. M. C. (2014). Recursos Sociais: uma Dimensão Essencial na Avaliação de Idosos. Residentes na Comunidade. In *Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra. Perfis funcionais e intervenção*. p. 35. Acedido em junho 20, 2017, em: [https://www.researchgate.net/profile/Sandrina\\_Crespo/publication/273955484\\_OS\\_MUITO\\_IDOSOS\\_ESTUDO\\_DO\\_ENVELHECIMENTO\\_EM\\_COIMBRA\\_Perfis\\_funcionais\\_e\\_intervencao/links/551160f70cf21209d5286763/OS-MUITO-IDOSOS-ESTUDO-DO-ENVELHECIMENTO-EM-COIMBRA-Perfis-funcionais-e-intervencao.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sandrina_Crespo/publication/273955484_OS_MUITO_IDOSOS_ESTUDO_DO_ENVELHECIMENTO_EM_COIMBRA_Perfis_funcionais_e_intervencao/links/551160f70cf21209d5286763/OS-MUITO-IDOSOS-ESTUDO-DO-ENVELHECIMENTO-EM-COIMBRA-Perfis-funcionais-e-intervencao.pdf)

Rosa, M. J. V, (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Schneider, R. H. e Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos [sic] cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), p.585-93.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. setembro, Coimbra: Quarteto.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – edições técnicas, Lda. Outubro.

Silva, M. J., Monteiro, L., Silva, A., Ferreira, M. e Gabriel, F. (2012). Estudo das Necessidades dos Cuidadores Informais de Idosos do concelho de Ílhavo. *Nursing, Revista de formação contínua em enfermagem*, 281, p. 5-11.

- Simões, S. C. A. e Grilo, E. N. (2012). Cuidados e Cuidadores: O Contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na Preparação da Alta do Doente pós Acidente Vascular Cerebral. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 31, p.18-23. Acedido em fevereiro 2, de 2016, em: <http://hdl.handle.net/10400.11/1718>
- Simões, M. S. F. (2013). Intervenções grupais e comunitárias: papel dos cuidadores. *Revista Sinais Vitais*, 107, p. 55-58.
- Sorensen, K. e Luckman. J. (1998). Enfermagem fundamental: uma abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família. Os cuidadores familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. 2º Edição. outubro. Ambar. Porto.
- Sousa, M. R. e Bastos, F. (2016). A gestão do regime terapêutico pelo familiar cuidador. In Martins et al. (Organizadores). *A pessoa dependente e o Familiar Cuidador*. p. 29. Porto: ESEP.
- Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela,V. e Braga, M. (2017). Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar (USF) Descobertas. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*. 2017;33:178-86. Acedido em setembro 25, de 2018, em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732017000300003](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000300003)
- Torres, S., Costa, N. e Abreu, W. (2013). Prestação informal de cuidados a idosos Dependentes – Gestão Emocional dos cuidadores. In Martins et al. (Organizadores). *A pessoa dependente & o Familiar Cuidador*. p. 153. Porto: ESEP
- Vaz, C. M. G. A. (2012). Aspetos da Vida Sexual na Terceira Idade- uma abordagem qualitativa e exploratória da perceção do cuidador formal sobre a sexualidade do

idoso. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação. Acedido em julho 1, 2017, em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7707/1/Tese%20Final.pdf>

Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação. Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia. Acedido em janeiro 19, 2018, em: <http://hdl.handle.net/10316/29711>.



## **APÊNDICES**





## **APÊNDICE A-** Instrumento de Colheita de Dados





## QUESTIONÁRIO

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária que frequento na Escola Superior de Saúde da Guarda, pretendo através deste estudo, identificar as dificuldades percecionadas pelo cuidador informal do doente idoso dependente, bem como os fatores determinantes dessas dificuldades, com vista a adoção de intervenções de enfermagem pertinentes, que contribuam para o processo de capacitação e empoderamento dos cuidadores, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos.

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial sendo assegurada a privacidade dos dados. Os participantes deste estudo não serão identificados em nenhum momento, seja durante a elaboração do estudo ou na divulgação dos resultados obtidos.

### Parte I

Por favor, assinale com X a condição que se aplica no seu caso.

Preencha os espaços disponíveis para o caso de necessitar de descrever algum dos itens.

### A - PRESTADOR DE CUIDADOS A IDOSOS DEPENDENTE

1. **Sexo:** ☐ Masculino  
☐ Feminino

2. **Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)

3. **Estado civil:** ☐ Solteiro/a

☐ Casado/a/ em União de Facto

☐ Divorciado/a/separado(a)

☐ Viúvo/a

**4. Habilitações Literárias:**

☐ Não Sabe ler nem escrever

☐ Sabe ler e escrever

☐ 1º Ciclo do Ensino Básico (1º- 4º Ano/Antiga 4ª Classe)

☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (5º- 6º Ano/Antigo Ciclo Preparatório)

☐ 3º Ciclo do Ensino Básico (7º- 9º Ano/Curso Geral dos Liceus)

☐ Ensino Secundário (10º-12º Ano/Curso Complementar dos Liceus)

☐ Curso técnico-profissional ou equivalente

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

**5. Situação laboral:** ☐ Empregado

☐ Reformado

☐ Desempregado

☐ Outros

**6. Profissão:** \_\_\_\_\_

**7. Rendimento Mensal do Agregado Familiar:**

☐ Sem rendimentos

☐ Inferior a 530 €

☐ Entre 531 a 1060 €

☐ Entre 1061 a 1590 €

☐ Superior a 1591 €

**8. Grau de Parentesco:**

☐ Marido/Companheiro ☐ Mulher/companheira

☐ Filho/enteado ☐ Filha/enteada

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neto                       | <input type="checkbox"/> Neta     |
| <input type="checkbox"/> Nora                       | <input type="checkbox"/> Genro    |
| <input type="checkbox"/> Irmão                      | <input type="checkbox"/> Irmã     |
| <input type="checkbox"/> Tio                        | <input type="checkbox"/> Tia      |
| <input type="checkbox"/> Sobrinho                   | <input type="checkbox"/> Sobrinha |
| <input type="checkbox"/> Amigo                      | <input type="checkbox"/> Amiga    |
| <input type="checkbox"/> Vizinho                    | <input type="checkbox"/> Vizinha  |
| <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ |                                   |

**9. Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados:**

- ☐ Sim
- ☐ Não Se não, a que distância: \_\_\_\_\_

**10. No caso de viver no mesmo domicílio da pessoa a quem presta cuidados quantas pessoas constituem o agregado?**

\_\_\_\_\_ Crianças

\_\_\_\_\_ Adultos

**11. Há quanto tempo presta cuidados:**

- ☐ Semanas. Especifique \_\_\_\_\_
- ☐ Meses. Especifique \_\_\_\_\_
- ☐ Anos. Especifique \_\_\_\_\_

**12. Área de Residência:**

- ☐ Meio Rural
- ☐ Meio Urbano

**13. Frequência na prestação de cuidados /Tempo despendido diariamente:**

- ☐ Diariamente. Quantas horas? \_\_\_\_\_
- ☐ Semanalmente. Quantas horas? \_\_\_\_\_
- ☐ Mensalmente. Quantas horas? \_\_\_\_\_

**14. Quais os principais cuidados que presta ao idoso que cuida:**

- ☐ Alimentação
- ☐ Vestir/despir
- ☐ Higiene pessoal e Conforto
- ☐ Higiene da habitação
- ☐ Tratamento da roupa
- ☐ Medicação
- ☐ Outro. Especifique: \_\_\_\_\_

**15. É a primeira vez que cuida de um idoso dependente?**

- ☐ Sim
- ☐ Não

**B – Idoso Dependente**

1. **Sexo:**     \_ Masculino  
                  | Feminino

2. **Idade:** \_\_\_\_

3. **Qual a causa /patologia que levou a necessitar de prestação de cuidados por um cuidador informal:**

\_\_\_\_\_

**4. Outros antecedentes pessoais:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial  | <input type="checkbox"/> Depressão          | <input type="checkbox"/> Patologia neurológica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus     | <input type="checkbox"/> Patologia cardíaca | <input type="checkbox"/> Patologia Oncológica  |
| <input type="checkbox"/> Doença Osteoarticular | <input type="checkbox"/> Patologia renal    | <input type="checkbox"/> Outro, especifique:   |

\_\_\_\_\_

**5. Qual o seu Nível de dependência (Índice de Barthel):** \_\_\_\_\_

Selecione a opção relativa a cada necessidade alterada, no idoso que você cuida

ÍNDICE DE BARTHEL	Pontuação
<p>A. Atualmente, relativamente à higiene pessoal:</p> <p>1 - Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se e pentear-se sozinho</p> <p>0- Precisa de ajuda para o cuidado pessoal</p>	
<p>B. Atualmente, consegue tomar banho:</p> <p>1 - Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro</p> <p>0 - Não consegue tomar banho sozinho</p>	
<p>C. Atualmente, consegue vestir-se:</p> <p>2 - Sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)</p> <p>1 - Precisa de ajuda para algumas coisas (abotoar botões, fechos, atacadores)</p> <p>0 - Precisa sempre de ajuda de outra pessoa para se vestir</p>	
<p>D. Atualmente, consegue alimentar-se:</p> <p>2 - Desde que lhe coloquem a comida já preparada consegue comer sozinho</p> <p>1 - Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.</p> <p>0 - Não consegue alimentar-se sozinho</p>	
<p>E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho:</p> <p>3 - Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade</p> <p>2 - Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)</p> <p>1 - Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira</p> <p>0 - Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio</p>	
<p>F. Atualmente, consegue subir e descer escadas:</p> <p>2 - Consegue subir e descer escadas</p> <p>1 - Precisa de ajuda para subir e descer escadas</p> <p>0 - Não consegue subir e descer escadas</p>	
<p>G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se:</p> <p>3 - Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.)</p> <p>2 - Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa</p> <p>1 - Consegue andar sozinho em cadeira de rodas</p> <p>0 - Não consegue andar, nem com a ajuda de outras pessoas</p>	



<p>H. Atualmente, tem controlo na função intestinal:</p> <p>2 - Controla bem essa função</p> <p>1 - Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes</p> <p>0 - Não controla as fezes, ou só evacua com ajuda de clister</p>	
<p>I. Atualmente, controla a função urinária:</p> <p>2 - Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos</p> <p>1 - Perde urina acidentalmente</p> <p>0 - Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos</p>	
<p>J. Atualmente, consegue ir à casa de banho:</p> <p>2 - Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho</p> <p>1 - Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho</p> <p>0 - Não consegue ir à casa de banho</p>	
PONTUAÇÃO FINAL	

## Parte II

### Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados/

### CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e Col., 1998; tradução portuguesa: Luísa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2	Por vezes sinto-me de "mãos atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam.				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				

9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto podia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				

27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto podiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, existem outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Fim

Obrigada pela Colaboração



**APÊNDICE B-** Pedido de Autorização ao Agrupamento de Centros de Saúde da Região em  
Estudo



Exmo. Senhor  
Diretor Executivo do Agrupamento de  
Centros de Saúde da Cova da Beira

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário.

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves, enfermeira a desempenhar funções no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, no âmbito da dissertação, com o tema “Dificuldades do cuidador informal do idoso dependente”, orientada pela Professora Doutora Isabel Maria Ribeiro Fernandes e coorientada pela Professora Doutora Agostinha Melo Corte, vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos cuidadores informais de doentes idosos dependentes, que usufruam dos cuidados da Equipa da Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Mais informo, que pretendo submeter a referida investigação à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde.

Será solicitado o preenchimento do consentimento livre e informado e será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, os quais ficarão à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, se solicitados.

Respeitosamente e com os melhores cumprimentos.

Covilhã, de Março de 2017

O requerente

---

Enfermeira Catarina Gonçalves





**APÊNDICE C-** Pedido de Autorização à Administração Regional de Saúde





Catarina Ferrão Gonçalves

ter 04-04-2017, 18:12

secretariado.ca@arscentro.min-saude.pt



Responder |

Reencaminhou esta mensagem a 21-06-2017 15:50



Formulário para Submis...

188 KB



Anexo 1 - CV.pdf

110 KB



Anexo 2-autorização AC...

221 KB



Anexo 3

108 KB

Mostrar todos os 6 anexos (799 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Pessoal

Muito boa tarde.

Na qualidade de mestranda em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, venho solicitar a vossas Excelências, membros da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro, que se designem a analisar a minha proposta de dissertação.

Segue em anexo o respetivo Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro. Além deste, seguem também em anexo documentos solicitados no formulário.

Agradecia acusação de receção deste email.

Atenciosamente

Catarina Gonçalves



## **APÊNDICE D-** Pedido de Autorização para utilização do CADI





Catarina Ferrão Gonçalves

ter 20-06-2017, 09:30

lbrito@esenfc.pt



Responder



Pedido de autorização p...

109 KB

Transferir Guardar no OneDrive - Pessoal

Exma. Sra. Professora Doutora Maria Luísa da Silva Brito,

Frequento o Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda e encontro-me a elaborar a dissertação. Neste sentido necessito de autorização para utilização de Escala CADI. Segue em Anexo o meu pedido.

Atenciosamente  
Catarina Gonçalves

Exma. Sra. Professora Doutora

Maria Luísa da Silva Brito

### Pedido de autorização

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves, portadora de Cartão de Cidadão nº11270541, residente na Urbanização Quinta das Rosas, Lote 14 2º esquerdo, 6200- 551 Covilhã, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Guarda, do Instituto Politécnico da Guarda, encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito do mesmo, cujo tema é “ Dificuldades do cuidador informal do idoso dependente”. Como objetivo geral deste estudo pretendo identificar as dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais dos idosos dependentes, bem como os fatores determinantes dessas dificuldades, com vista à adoção de intervenções de enfermagem pertinentes, que contribuam para o processo de capacitação e empoderamento dos cuidadores, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos.

Neste sentido, e se tal fosse possível, venho por este meio solicitar-lhe autorização para utilizar como instrumento de avaliação o Índice de avaliação das dificuldades da cuidador (CADI) e o envio do respetivo instrumento.

Agradeço desde já, a colaboração e atenção disponibilizada.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

Covilhã, 20 de junho de 2017

A Mestranda,

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves





## **APÊNDICE E- Pedido de Autorização para utilização do Índice de Barthel**





Catarina Ferrão Gonçalves

ter 20-06-2017, 08:49

araujo@esenf.pt



Responder



Autorização Barthel.pdf

109 KB

Transferir Guardar no OneDrive - Pessoal

Ex. ma Sra Professora Fátima Araújo,

Frequento o Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda e encontro-me a elaborar a dissertação. Neste sentido necessito de autorização para utilização de um instrumento que foi validado para a população Portuguesa por V. Ex.<sup>ia</sup>

Segue em Anexo o meu pedido.

Atenciosamente  
Catarina Gonçalves

Exma Sra Professora

Fátima Araújo

### Pedido de Autorização

Catarina Isabel ferrão Santos Gonçalves, portadora de Cartão de Cidadão nº11270541, residente na Urbanização Quinta das Rosas, Lote 14 2º esquerdo, 6200- 551 Covilhã, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde da Guarda, do Instituto Politécnico da Guarda, encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito do mesmo, cujo tema é “Dificuldades do cuidador informal do idoso dependente”. No referido trabalho, pretendo operacionalizar a variável independente - nível de dependência do idoso, com recurso ao Índice de Barthel.

Assim sendo, venho por este meio solicitar a V. Ex.<sup>ia</sup> autorização para a utilização do instrumento Índice de Barthel, dado que juntamente com o Professor José Luís Pais Ribeiro, o Dr. António Oliveira e a Sra. Enfermeira Cristina Pinto, contribuiu para a sua validação para a população portuguesa.

Agradeço desde já, a colaboração e atenção disponibilizada.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos.

Covilhã, 20 de junho de 2017

A Mestranda,

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves



## **APÊNDICE F - Consentimento Informado**





**Título do estudo:** Família e dificuldades do cuidador informal do doente idoso dependente.

Exmo/a Senhor/a:

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves, enfermeira na Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, no Centro Hospitalar Cova da Beira, mestranda em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, encontro-me a desenvolver uma investigação relativamente aos cuidadores informais de idosos dependentes.

Como objetivo geral deste estudo pretendo identificar as dificuldades percecionadas pelos cuidadores informais dos doentes idosos dependentes, bem como os fatores determinantes dessas dificuldades, com vista à adoção de intervenções de enfermagem pertinentes, que contribuam para o processo de capacitação e empoderamento dos cuidadores, melhorando a qualidade de vida dos envolvidos. Este trabalho é orientado pela Professora Doutora Isabel Fernandes e coorientado pela Professora Doutora Agostinha Corte, docentes na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda.

A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária. Se decidir não participar no estudo, ou em qualquer momento desistir do mesmo, poderá fazê-lo sem qualquer justificação sendo assegurada a qualidade de cuidados prestados a si e à sua família.

Todos os dados colhidos durante este estudo serão tratados de forma confidencial sendo assegurada a privacidade dos dados. Os participantes deste estudo não serão identificados em nenhum momento, seja durante a elaboração do estudo ou na divulgação dos resultados obtidos.

Grata pela colaboração dispensada.

Covilhã, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

---

(O Participante)

---

(O Investigador)





## **ANEXOS**



**ANEXO I - Parecer do Diretor Executivo do ACES**



27/03/17 ENTRADA 000546

Exmo. Senhor

Diretor Executivo do Agrupamento de

Centros de Saúde da Cova da Beira

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de questionário.

Catarina Isabel Ferrão Santos Gonçalves, enfermeira a desempenhar funções no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE e a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, no âmbito da dissertação, com o tema "Família e dificuldades do cuidador informal do doente idoso dependente", orientada pela Professora Doutora Isabel Maria Ribeiro Fernandes e coorientada pela Professora Doutora Agostinha Melo Corte, vem solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a aplicação de um questionário aos cuidadores informais de doentes idosos dependentes, que usufruam dos cuidados da Equipa da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, na Unidade de Cuidados na Comunidade Cava Juliana.

Mais informo, que pretendo submeter a referida investigação à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro.

Será solicitado o preenchimento do consentimento livre e informado e será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos, os quais ficarão à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, se solicitados.

Respeitosamente e com os melhores cumprimentos.

Covilhã, 24 de Março de 2017

*Ambizato ap. parecer  
favorável de Comissão de Ética de ARSC.*

*À Comissão  
de Ética de ARSC*

O requerente

Catarina Gonçalves

Enfermeira Catarina Gonçalves

ACES Cova da Beira  
Presidente do Conselho  
Clínico e de Saúde

(Prof. Doutor António José S. Silva)



**ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS**





## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL:  
FAVORÁVEL.

DESPACHO:

Homologado

21.07.2017

  
Dr. José Manuel Azenha Teres  
Presidente do Conselho Directivo  
da A.R.S. Centro, I.P.

ASSUNTO: "Família e dificuldades do cuidador informal do doente idoso dependente".  
Processo 38/2017.

A investigadora Catarina Isabel Ferrão Santos propõe-se realizar trabalho quantitativo, transversal, descritiva e correlacional através de questionário constituído por duas partes: a primeira relacionada com a caracterização sociodemográfica do cuidador, da prestação de cuidados, aplicação do índice de Barthel e a segunda parte constituída pelo índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) - a versão portuguesa da Carer's Assessment of Difficulties Index, a qual foi traduzida, desenvolvida e validada para a população portuguesa por Barreto e Brito

Estão salvaguardados todos os pressupostos éticos, bem como entregues todos os documentos requeridos por esta Comissão de Ética.

Deve, para que este parecer seja efectivo e definitivo, entregar cópia do trabalho a esta Comissão.

Coimbra, 19 de julho de 2017

O Relator:

  
Luiz Miguel Santiago

O Presidente da Comissão de Ética da ARS do Centro

  
Professor Doutor Fontes Ribeiro



### **ANEXO III - Autorização para utilização do CADI**





Luísa Brito <lbrito@esenfc.pt>

qua 21-06-2017, 05:50

Você ▾



Responder ▾

Sinalizar para seguimento.



Cadi2006.pdf  
22 KB



Nolan1996.pdf  
5 MB



Nolan1998.pdf  
8 MB



3 anexos (13 MB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Pessoal

Cara Sra. Enfª Catarina Gonçalves,

Com todo o gosto, envio-lhe em anexo a escala solicitada, bem como alguns textos dos autores originais (Nolan et al.) que lhe poderão ser úteis na análise dos dados no âmbito do seu trabalho académico.

A fim de alargar o processo de validação da escala para a população portuguesa, solicito-lhe que, quando terminar, me envie uma síntese dos resultados obtidos e caracterização da amostra utilizada.

Encontro-me ao dispor para os esclarecimentos que entenda necessários, e desejo-lhe muitos êxitos no seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luísa Brito

\*\*\*



#### **ANEXO IV** - Autorização para utilização do Índice de Barthel





## Pedido de autorização para utilização do instrumento Índice de Barthel

0 3 ▾



araujo@esenf.pt

ter 20-06-2017, 13:28

Você ▾



Responder ▾

Sinalizar para seguimento.

Esta mensagem foi enviada com importância alta.



ESCALA\_BARTHEL\_pesso...  
31 KB ▾



Catarina Goncalves\_20ju...  
250 KB ▾

2 anexos (280 KB) Transferir tudo Guardar tudo no OneDrive - Pessoal

Boa tarde estimada colega Catarina Gonçalves

Em resposta ao solicitado envio versão do instrumento validado e declaração de autorização, caso necessite anexar no doc final da tese.

Aproveito para lhe desejar muito sucesso neste seu percurso académico e profissional.

Atenciosamente  
Prof Fatima Araújo